Ist die progressive Paralyse eine specifische Erkrankung des centralen Nervensystems?

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

von

JOSEF ELMIGER,
Sekundararzt an der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt St. Urban.

Genehmigt auf Antrag des Herrn Prof. Dr. WILLE.

ZÜRICH
Druck: Art. Institut Orell Füssli
1899.

Ist die progressive Paralyse eine specifische Erkrankung des centralen Nervensystems?

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

von

JOSEF ELMIGER,
Sekundararzt an der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt St. Urban.

Genehmigt auf Antrag des Herrn Prof. Dr. WILLE.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

ZÜRICH
Druck: Art. Institut Orell Füssli
1899.

Piis parentum manibus.

Einleitung.

Die vorliegende Arbeit behandelt 72 Fälle von Paralyse. Bei 18 Fällen ist Lues ganz sicher anamnestisch nachgewiesen. In 19 Fällen ist dieselbe wahrscheinlich und in 35 Fällen konnte absolut nichts in dieser Beziehung eruiert werden. Wahrscheinliche Lues haben wir angenommen, wenn die Frau des Kranken mehrere Aborte oder Frühgeburten durchgemacht hatte, bei Kinderlosigkeit und bei verdächtigen Narben der Geschlechtsteile. — Bei jeder dieser 3 Gruppen wird das Hauptaugenmerk gerichtet auf die Störungen der Pupillenreaktion (Licht- und Akkomodationsreaktion), auf abnormale Zustände des Kniephänomens, auf hereditäre und konstitutionelle Verhältnisse, auf die Dauer der Krankheit und das Alter der Kranken. — Wir suchten dadurch Anhaltspunkte zu gewinnen, ob sich in Bezug auf diese Symptome ein Unterschied zwischen der Paralyse mit und ohne Syphilis aufstellen lasse und was für ätiologische Momente bei der Paralyse ohne Syphilis eventuell angeschuldigt werden können. — Der Besprechung dieser Gruppen sind die zugehörigen Fälle mit kurzer Anamnese und Status beim Eintritt vorgesetzt.

An dieser Stelle sei es mir auch gestattet, dem Herrn Professor Dr. Wille, Direktor der psychiatrischen Klinik in Basel, für seine thatkräftige Unterstützung und für die Überlassung des Materials meinen innigsten Dank abzustatten.

Geschichtliche Notizen.

Seit der Aufstellung der progressiven Paralyse als einer Krankheit sui generis durch französische Autoren in den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts wurden die verschiedensten ätiologischen Momente für die Entstehung der Paralyse verantwortlich gemacht. Doch auffallenderweise wurde verhältnismässig spät auf die Syphilis aufmerksam gemacht.

Im Jahre 1857 beschrieben Esmarch und Jessen (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. XIV) drei Fälle von maniakalischer Erregtheit mit gleichzeitigen Erscheinungen von progressiver Paralyse. Alle drei Kranke hatten Syphilis durchgemacht, und der Zustand besserte sich auf Anwendung von antisyphilitischen Mitteln. Daraus zogen die beiden Autoren den Schluss, dass diese Geistesstörung durch Hirnsyphilis hervorgerufen sein könnte.

Im Jahre 1862 führte Zumbaco aus (Desaffections nerveuses syphilitiques 1862), dass die konstitutionelle Syphilis manchmal so sehr in Gestalt der allgemeinen progressiven Paralyse erscheine, dass man sie nicht mehr von der essentiellen progressiven Paralyse unterscheiden könne.

Steenberg ging sogar soweit, zu behaupten, dass beinahe alle Fälle der progressiven Paralyse ihren Ursprung der Syphilis verdanken.

Im Jahre 1863 und 1867 äusserte Kjelberg die Ansicht, dass die progressive Paralyse nie anders als auf Grund hereditärer oder erworbener Syphilis sich entwickle.

Wille (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XXIII, 1871) findet, dass die syphilitischen Psychosen immer den Zug des Schwachsinnes an sich haben und sehr oft von Motilitätsstörungen begleitet sind, welche zu der progressiven Paralyse gehören. Die syphilitischen progressiven Paralysen sind in der Mehrzahl der Fälle nur klinisch der essentiellen progressiven Paralyse gleich, doch aber vom pathologischen anatomischen Standpunkt sehr ungleich. Er ist nicht der Ansicht von der ausschliesslichen Entstehung der progressiven Paralyse aus der Syphilis.

Jespersen stellt (1874) den Satz auf, dass die progressive Paralyse sich bei niemand entwickle, der nicht Syphilitiker gewesen sei.

Erlenmeyer (die luetische Psychose) findet ebenfalls, dass die Hirnsyphilis nicht selten in Gestalt der progressiven Paralyse erscheine.

Fournier (Pseudo-paralysie générale 1878. La Syphilis du cerveau 1878) teilt die progressive Paralyse in drei Gruppen: die gewöhnliche, allgemeine Paralyse, welche sich bei Nichtsyphilitikern entwickelt, die allgemeine Paralyse bei Syphilitikern und die Pseudoparalyse. Die ersten zwei Gruppen unterscheiden sich gar nicht voneinander, so dass beide Gruppen zu einer vereinigt werden können.

Obersteiner (Die Beziehungen der Syphilis zur Dementia paralytica, Wiener med. Wochenschrift, 1883) ist der Ansicht, dass die Hirnsyphilis eines der bedeutendsten und wesentlichsten Ursachsmomente sei und dass ferner kein Unterschied sowohl in klinischer als in pathologisch-anatomischer Berechnung zwischen der syphilitischen und nicht syphilitischen Paralyse zu konstatieren sei.

Mendel (Die progressive Paralyse der Irren, 1880) fand Syphilis in 85 % der Fälle von progressiver Paralyse.

Magnan (Syphilis et Paralyse générale, 1889) bestreitet ganz und gar die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der progressiven Paralyse.

Im Jahre 1884 auf dem mediz. Kongresse in Kopenhagen wurde die Ansicht, dass die Syphilis die Hauptursache der progressiven Paralyse sei, von neuem ausgesprochen.

Regnier (Rapports de la Syphilis cérébrale et de la paralysie générale, Progrès médical 1892) behauptet, dass es eine syphilitische allgemeine Paralyse gar nicht gebe, cerebrale Syphilis und progressive Paralyse haben gar nichts miteinander gemein.

Binswanger (Hirnsyphilis und Dementia paralitica, 1891) hält die Beziehung zwischen Syphilis und der allgemeinen Paralyse nicht für zufällig. Er will keinen Unterschied machen zwischen der progressiven Paralyse und der Pseudoparalyse.

In der Versammlung der schweizerischen Irrenärzte in Münsingen 1897 wurde die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Paralyse ebenfalls ventiliert.

Nach Professor Wille hat die Syphilis eine grosse Bedeutung für die Entstehung der allgemeinen Paralyse. Doch giebt es auch Fälle, wo absolut nichts von Syphilis eruiert werden kann, in diesen Fällen herrscht eine andere Ätiologie vor, z. B. Traumen u. s. w.

Professor Forel und Professor von Speyr dagegen anerkennen überhaupt keine Paralyse ohne Syphilis. Wo eine Paralyse auftrete ohne Syphilis, so werde das Krankheitsbild nur vorgetäuscht, es handle sich in diesen Fällen um gar keine Paralyse.

J. A. Hirschl (Jahrbuch für Psychiatrie, Bd. XIV) kommt auf Grund von 175 beobachteten Fällen von Paralyse zum Schluss, dass die Paralyse nichts weiter sei als eine

Spätform der Syphilis, ein Encephalitis syphilitica der Rindensubstanz mit schliesslichem Ausgang in Atrophia cerebri syphilitica. Sie trete aber nur bei vorhandener Familiendisposition auf.

Meschede (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 55, 1899) teilt einen Fall von progressiver Paralyse mit, die unmittelbar nach einem Kopftrauma einsetzte. Er ist ferner der Ansicht, dass die Syphilis bei weitem nicht eine so grosse Rolle spiele bei der Entstehung der progressiven Paralyse, als man anzunehmen gewohnt sei.

Lewald (Sonderabdruck aus Heft 13 der Zeitschrift für Medicinalbeamte). Stets haben mehrere, mindestens zwei ätiologische Momente eingewirkt, wie Syphilis, Heredität, Trauma, Alkoholismus, psychische Schädigungen, unter diesen kommt der Syphilis die weitaus grösste Bedeutung zu. Die Paralyse ist ferner eine Begleiterin der Kultur, d. h. aller derjenigen, geistigen und körperlichen Schädigungen, die untrennbar mit dem Fortschreiten der Civilisation verknüpft sind.

Näcke (Zeitschrift für Psychiatrie, 50. Bd.). Lues und erbliche Belastung scheinen auf dem Boden einer besondern Konstitution gewöhnlich nur vorbereitend zu wirken und andere und zwar meist mehrere Ursachen als Gelegenheitsursachen den Ausbruch der Krankheit zu veranlassen, besonders gern Gemütsbewegungen.

Man hat besonders auch auf eine historische Thatsache aufmerksam gemacht. Im 16. und 17. Jahrhundert war die Syphilis ausserordentlich verbreitet in Europa; es existieren ganz einlässliche Schilderungen davon, und trotzdem haben wir so gut wie keine Nachrichten von der progressiven Paralyse oder von einer Krankheit, die dieser ähnlich war.

Nur bei Willis (1672) findet ein Hinweis auf diese Krankheit statt.

Ferner ist in vielen Ländern des Orientes Lues sehr häufig. So in Siam, in Abessinien, wo 80% der Einwohner an Syphilis leiden sollen und wo sie schlechtwegs unsere Krankheit genannt wird, in Asien überhaupt, ebenso bei den Arabern. Und trotzdem ist progressive Paralyse bei den Leuten selten, was doch offenbar nicht sein könnte, wenn der Zusammenhang von Syphilis und Paralyse ein so offenkundiger und direkter wäre.

Dagegen ist Krafft-Ebing (Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie, 1897, II. Heft) der Ansicht, dass die Lues eine sehr erhebliche Rolle spiele. Er fasst die Ätiologie der Paralyse in zwei Worte zusammen: Syphilisation und Civilisation. Freilich giebt er zu, dass eine erhebliche Zahl negativer Fälle existieren, d. h. bei denen keine Lues vorhanden war; allein auch bei diesen negativen Fällen liesse es sich vielleicht beweisen, dass sie auf Impfung mit syphilitischem Virus nicht mehr reagieren; denn der menschliche Organismus hat der Lues gegenüber keine Immunität, ausser derselbe wäre durch hereditäre Lues oder durch acquirirte früher immun geworden. Er bespricht dann neun Fälle von typischer Paralyse, bei denen in keiner Weise Anhaltspunkte für eine überstandene Lues vorhanden waren. Diese wurden mit syphilitischem Virus geimpft. Es ergab sich, dass bei acht der Geimpften keine Reaktionserscheinungen im Sinne der Syphilis eintraten. Nur in einem Falle war eine Reaktion an der Impfstelle, die aber kein specifisches Geschwür war, wie es von einem hervorragenden Syphilidologen anerkannt wurde.

Seeligmann (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1818). Bei der Entstehung der progressiven Paralyse

spielt Lues die Hauptrolle. Intellektuelle Überanstrengung, Potus, Nikotin und Heredität betrachtet er als Nebenmomente, welche den Ausbruch der Paralyse beschleunigen.

Nach Möbius erkrankt niemand an progressiver Paralyse, der nicht syphilitisch infiziert gewesen ist. Es handle sich um „metasyphilitischen Nervenschwund".

Strümpell nennt die Paralyse eine postsyphilitische Erkrankung durch Syphilistoxine bedingt.

In dem Bericht über die am 7. Juli 1898 stattgehabte Sitzung der Berliner med. Gesellschaft äusserte Virchow bei Gelegenheit der Diskussion über Tabes und deren Beziehungen zur Syphilis folgendes:

„Nun, ich muss sagen, ich bin in der That immer von neuem überrascht, zu sehen, dass gerade diejenigen Affektionen, welche die diskutierenden Ärzte jetzt besonders bevorzugen — ich will einmal stehen bleiben bei Tabes, Aneurysma und progressiver Paralyse — diejenigen sind, die aus dem gewöhnlichen Symptomen-Komplex der konstitutionellen Syphilis gänzlich ausscheiden.

Umgekehrt — ich habe schon früher darauf aufmerksam gemacht — giebt es eine Reihe von Veränderungen, die man bei andauernden syphilitischen Leiden — bei einer Lues im engern Sinne des Wortes — zu finden erwartet — die man dann auch an verschiedenen Organen findet; einige davon, die ganz specifisch sind, Gummibildungen und drgl., andere, die, wenn sie nicht ganz specifisch sind, so doch ihrem Verlaufe und ihrer Erscheinung nach vielerlei nähere Anknüpfungspunkte an die Syphilis gewähren — das lasse ich mir gefallen. — Wenn man nun zusammensucht, was überhaupt im Laufe der konstitutionellen Syphilis möglich ist, und wenn man dann fände, da sei auch häufig Tabes und auch häufig Aneurysma, so würde ich mich fügen. Aber ich muss

sagen, ich finde das eben nicht. Ich finde gar nicht, dass, wenn wir eine Zusammenstellung derart machen, die fraglichen Krankheiten einen nennenswerten Bruchteil der vorkommenden Fälle ausmachen.“ Virchow erteilt daher den Rat, nicht zu eilig zu sein mit Schlussfolgerungen, die sich wesentlich nur auf die anamnestische Methode stützen.

Litteratur.

Pupillen.

Bruns (Neurologisches Centralblatt 1897). Die Pupillenstarre kommt allein bei der syphilitischen Paralyse vor, nicht aber bei den traumatischen, und sie sei daher ein sicheres Merkzeichen, um die syphilitische Paralyse von der traumatischen und arteriosklerotischen zu unterscheiden.

Tucsek (Demonstrationen zur Syphilis des centralen Nervensystems. Berliner klinische Wochenschrift Nr. 17). Unter seinen sechs mitgeteilten syphilitischen Paralysen konstatiert er in drei Fällen reflektorische Pupillenstarre.

Hirschl (Jahrbücher für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XIV., Heft 3). Die reflektorische Pupillenstarre ist bei Paralyse oft durch Lues begründet.

Francotte (Bulletin de la société mentale de Belgique, 1895). Der Verfasser bespricht zwei Fälle von alkoholischer Pseudoparalyse. In einem Falle konstatierte er ungleiche Weite der Pupillen und Lichtstarrheit, in dem andern waren keine Störungen in dieser Beziehung. Verfasser macht dabei auf die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose solcher Fälle von echter allgemeiner Paralyse aufmerksam. Er betont den brüsken Beginn, den Mangel der Sprachstörung und Intelligenzschwäche und schliesslich vor allem die Heilbarkeit.

Klewe (Über alkoholische Pseudoparalyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52). Er findet in sechs Fällen von Alkoholparalysen die Pupillen in einem Falle eng, in zweien different, in einem erweitert und in einem ohne

Störung, sowohl in Bezug auf Weite als auf Reaktion. In Bezug auf die Reaktion ist dieselbe in zwei Fällen träge, in zwei Fällen ohne Störung und in zwei Fällen fehlen diesbezügliche Angaben.

Kaes (Statistische Betrachtungen über die wichtigsten somatischen Anomalien bei der progressiven Paralyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 51). Bei der einfachen Paralyse findet er Pupillendifferenz in 66 %, bei der Paralyse mit Syphilis in 49,8 %, bei der Paralyse mit Tabes in 48,1 %, bei der Paralyse mit Potus in 50,6 %. Pupillenstarre bei mittlerer Weite bei einfacher Paralyse in 2,3 %, bei Paralyse mit Syphilis in 1,3 %, bei Paralyse mit Tabes in 4,4 %, bei Paralyse auf Potus beruhend in 2,2 %. Allein diese Angaben sind nach dem Autor selber viel zu gering. Sowohl bei den abnorm engen und weiten Pupillen könne er keine genauen Angaben machen. Auch sind die Fälle von einseitiger Starre bei Pupillendifferenz nicht erwähnt.

Carl Wickel (Über Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Archiv für Psychiatrie 1898). Er fand bei fünf von sechs Fällen von Lues cerebri diffusa, teils schon bei der Aufnahme, teils im Laufe der Beobachtung, träge Lichtreaktion, respektive Lichtstarre, teils einer, teils beider Pupillen. Dabei waren die Pupillen ungleich in zwei Fällen, als eng werden sie in zwei Fällen angegeben.

Moeli (Archiv für Psychiatrie Bd. 18, 1. Heft). Er konstatiert sowohl bei nichtsyphilitischen als bei syphilitischen Paralysen, als auch bei Paralysen mit vorhergehendem Potus Pupillenstarre.

Dr. Hans Gudden (Archiv für Psychiatrie, Bd. 16) konstatiert, bei seinen Paralysen nach Trauma, dass Lähmungssymptome von seiten der Pupillen nirgends fehlen.

Öbeke (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 50. Bd.) findet bei 43 Fällen ohne Syphilis die Pupillen gleich weit in 9 Fällen oder in 20%. Verschiedene Weite bei 34 Fällen oder in 79%. Bei 50 Fällen mit vorhergegangener Syphilis gleiche Weite in 20 Fällen oder in 40%, eine ungleiche Weite in 30 Fällen oder in 60%. Bei den nichtsyphilitischen Paralytikern fand er Starrheit einer oder beider Pupillen in 72%. Genügende doppelseitige Reaktion in 9%. In den übrigen 19% fanden entweder angeborne Anomalien statt, oder, was meistens der Fall war, es konnte nichts Näheres eruiert werden.

Bei den syphilitischen Paralytikern fand er eine genügende doppelseitige Reaktion in 20%. Fehlende, sehr schwache ein- oder doppelseitige Reaktion in 70%. In 10% war das Nähere nicht festzustellen.

Hougberg (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 50. Bd.) konstatiert bei den syphilitischen Paralysen in 64% Pupillendifferenz. Bei den nichtsyphilitischen Paralysen war in 28% eine Pupillendifferenz zu konstatieren, bei den Paralysen mit wahrscheinlicher Syphilis war in 33% eine Differenz vorhanden. Reflektorische Starre von einer oder beiden Pupillen war vorhanden in 62% bei den syphilitischen Paralysen, bei den nichtsyphilitischen in 50% und bei den wahrscheinlich syphilitischen in 33%.

Alexander (Klinische Wochenschrift Nr. 21, pag. 302) beobachtete Akkommodationslähmung mit Mydriasis als Vorläufer speciell syphilitischer Paralyse.

Kniephänomen:

Hougberg (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 50. Band, Seite 625) fand bei den syphilitischen Paralytikern die Patellarreflexe in 21,9% aufgehoben, in 10,8% gesteigert, bei den nichtsyphilitischen in 21,4% erloschen, und in keinem Falle gesteigert. Bei den wahrscheinlich syphilitischen Paralysen fand eine Aufhebung statt in 33,3 und eine Steigerung in 8,3%.

Tucsek (Berliner klinische Wochenschrift, No. 17). In 6 Fällen von syphilitischen Paralysen findet er in 2 Fällen die Sehnenreflexe gesteigert, in einem Fall erloschen, in einem herabgesetzt, in zweien sind keine diesbezüglichen Angaben.

Klewe (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52). In 6 Fällen von Alkoholparalyse sind die Reflexe in 3 Fällen erhöht, in zweien normal, in einem Falle erloschen.

Carl Wickel (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1898). In 6 Fällen von Lues cerebri diffusa ist das Kniephänomen normal in einem Falle, lebhaft in 3 Fällen, in 2 Fällen bestand Verschiedenheit zwischen rechts und links.

Moeli (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 18, 1. Heft). Bei den Paralysen mit Syphilis findet er das Kniephänomen erloschen in 75 %, bei den Paralysen mit Potus in 50 %.

Dr. Hans Gudden (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten). Bei Paralysen nach Trauma ist das Kniephänomen gesteigert in 54 %. Normal in 22 %. Herabgesetzt in 9 %. Einseitig fehlend in 6 %.

Dauer.

Camuset (Note sur la Paralysie générale d'origine syphilitique, annales médica-psychologiques 1890) findet bei syphilitischer Paralyse einen bedeutend langsameren Krankheitsverlauf.

Schüle (Lehrbuch für Psychiatrie) findet bei syphilitischen Paralysen eine ungleich längere Verlaufsdauer.

Öbeke (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 50. Band) berechnet die Dauer bei Paralyse ohne Syphilis auf 2 Jahre 8½ Monate, bei Paralyse mit Syphilis auf 3 Jahre 2 Monate.

Hougberg (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 50. Band). Die syphilitischen Paralysen haben eine durchschnittliche Dauer von 2 Jahren und 5 Monaten. Die durchschnittliche Dauer der nichtsyphilitischen Paralysen beträgt 2 Jahre 8 Monate.

Heilbronner (Zeitschrift für Psychiatrie, 51. Bd.) giebt die Krankheitsdauer der syphilitischen Paralysen auf 2 Jahre 10 Monate an. Bei Paralysen nach Potus auf 2 Jahre 4 Monate, bei Paralyse nach Verletzungen auf 2 Jahre 7 Monate.

Wollenberg (Statistisches und Klinisches zur Kenntnis der paralytischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht. Archiv für Psychiatrie, Bd. 26). Die Dauer der Paralyse nimmt mit dem Alter zu. Die auf Syphilis beruhenden Paralysen scheinen etwas rascher zu verlaufen, zeigen aber in den Symptomen keine charakteristischen Abweichungen.

Christiani A. (Beitrag zur Ätiologie der allgemeinen Paralyse. Rivista sperimentale di psichiatria, Vol. 18). Die Paralyse bei Syphilitischen verläuft durchschnittlich langsamer als bei den anderen Kranken.

Dr. H. Gudden: Das Alter bei den Paralysen nach Trauma betrug bei der Aufnahme durchschnittlich 39,8 Jahre.

Für einen Teil der Fälle nimmt die Paralyse einen stürmischen Verlauf.

Hereditäre Belastung.

Carl Wickel findet in seinen 6 Fällen von Lues cerebri zweimal Heredität.

Dr. Wollenberg (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 24). Bei den Paralysen mit sicherer syphilitischen Infektion findet er direkte Heredität in 7 %, neuropatische Belastung in 9 %, sexuelle Excesse in 22,7 %, Alkohol in 16 %, psychische Ursachen in 7 %, frühere geistige Anomalien in 4,5 %, Trauma capatis in 4,5 %. Bei den Paralysen ohne Syphilis konstatiert er direkte Heredität in 23,7 %, neuropatische Belastung in 13,1 %, sexuelle Excesse 13 %, Alkoholexcesse in 31,1 %, psychische Ursachen in 43 %. Frühere geistige Anomalien von 13,1 %, besondere körperliche Anstrengungen in 5 %.

Hiernach würde also in den Fällen, wo die syphilitische Infektion fehlt, die psychischen Ursachen die Hauptrolle spielen.

Öbeke (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 49. Bd.) Die direkte Erblichkeit bei Paralyse ohne Lues beträgt 23%, bei den mit Lues 20 %. Bei der letzteren erlangt die neuropathische Belastung eine Häufigkeit von 58 %, bei der erstern 31 %. Konstitutionelle Grundlage beträgt in beiden Kategorien ungefähr gleichviel, 44 und 43 %.

Reinhard (Eulenburg Bd. V). Unter den nichtsyphilitischen Paralysen waren 21 % mit hereditärer Belastung, bei den syphilitischen 22,9 %.

Hougberg (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 50, Bd.) findet in 18 % Erblichkeit bei den syphilitischen Paralysen, bei den nicht syphilitischen in 44 %.

Andere ätiologische Momente als Syphilis.

Der obige Autor findet bei syphilitischen Paralysen psychische Ursachen in 16 % der Fälle, in 14 % Alkoholexcesse, in 3 % Trauma, in 2 % Excesse in venere. Bei den nicht syphilitischen Paralytikern sind psychische Ursachen in 4 % vorhanden, Alkohol in 7 %, Excesse in venere ebenfalls in 7 %, Trauma in keinem Falle.

Öbeke (50. Bd., allgemeine Psychiatrie) konstatiert bei den Paralysen ohne Syphilis geistiger Überarbeitung und Gemütsbewegungen in 57 %, Strapazen und unregelmässiges Leben in 15 %, sexuelle Excesse in 27 %, Missbrauch des Alkohols in 43 %, Trauma in 4 %. Bei den Paralysen mit Syphilis geistige Überanstrengung und Gemütsbewegungen in 28 %, Strapazen und unregelmässiges Leben in 28 %, sexuelle Excesse in 53 %, Missbrauch des Alkohols in 43 %, Trauma in 6 %.

I.

R. H., 53 Jahre alt, Coiffeur, verheiratet. Vater in ausländischen Diensten gestorben. Mutter starb in hohem Alter.

Patient war immer von Charakter eigentümlich, übertrieben präcis, äusserst aufmerksam auf seine Gesundheit. Vor 7 Jahren syphilitisch infiziert. Vor 4 Jahren fing er an über Kopfschmerzen und Schwindel zu klagen, nach einem Jahre hatte er den ersten, später noch mehrere kleinere und schwerere Anfälle. Das linke Bein und der linke Arm waren längere Zeit etwas paretisch.

Eintritt 24. IX. 97. Mittelgrosser, magerer Mann, von blassem, anämischem Aussehen. Gesichtszüge schlaff. Rechter Facialis und rechtes Augenlid deutlich paretisch. Beide Pupillen od. max. erweitert ohne Reaktion. Bauchmuskel, Kremaster und Fusssohlenreflexe schwach, Patellarreflex gesteigert.

Befindet sich noch in der Anstalt.

II.

E. B., 34 Jahre alt, Kellnerin. Vater starb 55 Jahre alt an Pneumonie, ein Halbbruder desselben starb an Gehirnerweichung. Patientin wurde in vorehelichem Zustande gezeugt. Sie sei ein kräftiges Kind und stets gesund gewesen. Von Gemüt lustig, lernte schwer, gehörte immer zu den letzten. Dabei war sie fleissig, kam gut aus mit den andern. Als Kellnerin erhielt sie überall gute Zeugnisse. In Zürich hatte sie einen Ausschlag, wogegen sie Einreibungen mit grauer Salbe machen musste. Menses sind mit dem 17. Jahre eingetreten, waren regelmässig aber schwach. Sie litt viel

an Blutandrang zum Kopfe, doch selten an Kopfweh. Soll mässig gelebt haben. Im Januar dieses Jahres wurde sie verdriesslich, nachdem sie schon im Herbst ihre Stelle aufgegeben hatte. Allmählich steigerten sich die Erscheinungen, wurde störrisch, besonders wurden auch die Nächte unruhig, stand auf, lief umher, warf die Sachen durcheinander. Am Tage starrte sie viel vor sich hin, jammerte, wollte fort. Äusserte nie Selbstmordgedanken.

Am 9. VII. 94 Aufnahme in die Anstalt. Kopf ist sehr stark gerötet. Keine Drüsenschwellungen fühlbar. An Herz und Lunge nichts Abnormes eruierbar. Pupillen mittelweit, ziemlich gleichweit, reagieren träge auf Lichteinfall. Zunge zittert in toto und zeigt einige fibrilläre Zuckungen am Rande. Gesichtsausdruck dumm-gutmütig. Kniephänomene beiderseits sehr lebhaft, gleich stark. Händedruck schwach, keine Differenzen zwischen rechts und links. Gang unsicher. Bracht-Romberg deutlich. Versucht zu arbeiten, bringt nichts Rechtes zu stande. Drängt in unklarer und kritikloser Weise heim.

Wird am 1. IV. 95. in die heimatliche Irrenanstalt überführt.

III.

A. Tsch. von B., Haushälterin, 38 Jahre alt. Über die hereditären Verhältnisse ist nichts bekannt. Sie heiratete mit 26 Jahren, 10 Jahre darauf starb der Mann, wahrscheinlich luetisch. Keine Kinder. Schon vor einem Jahre hatte sie in Hamburg kleine Ohnmachten, Schwindel oder Krampfanfälle. Erkrankte am 15. X. 89. in Hamburg akut und musste dort in einer Irrenanstalt versorgt werden. Sie wurde nach der Schweiz transportiert, am 9. V. 90 in unsere Anstalt gebracht.

Sie bringt Ideen der Verfolgung und Grösse vor. Sie steht in direkter Beziehung zu Russland, schimpft darüber, dass man sie in eine Anstalt verbringt, spricht überlaut stark stolpernd, ohne einen andern zu Worte kommen zu lassen. Sie ist eine klein gebaute, aber doch noch kräftige Person. Pupillen sind ungleich, die linke grösser als die rechte, reagieren auf Lichteinfall träge. Linke Nasolabialfalte etwas abgeflacht. Zunge etwas belegt, an den Rändern fibrilläre Zuckungen. Exenkema spezifizieren am Körper. Patellarreflex beiderseits vorhanden, aber abgeschwächt. Hautreflexe normal. Urin ohne Eiweiss, kein Zucker, enthält aber viel Phosphate. Puls regelmässig, 72.

Exitus am 19. VIII. 94.

IV.

J. W., verheiratet, 43 Jahre alt, Büchsenmacher. Vater starb an einem Schlagflusse. Mutter litt an Gicht. Ein Bruder der Mutter ist Epileptiker.

War immer ein fleissiger Arbeiter; machte den Krieg 1870 als Husar durch und erhielt eine Schusswunde. 1880 verheiratete er sich; der Ehe entsprossten 3 Kinder. Das Erstgeborene lebt und soll gesund sein. Das zweite starb drei Wochen nach der Geburt. Das dritte kam im 8. Monat tot zur Welt. Nachher hatte die Frau noch 4 – 5 Aborte. Seit 10 Tagen auffallend reizbar, drohte seinen Lehrjungen zu erschlagen, soll einen Anfall gehabt haben, dass er 1—2 Stunden lang nicht mehr reden konnte.

Am 18. V. 83 Eintritt. Gross, kräftig gebaut. Reflexe an den Bauchdecken fehlen, am rechten Kremaster schwach vorhanden, am linken fehlend. Fusssohlenreflex fehlt, Patellarsehnen deutlich vorhanden.

Pupillen gleich, reagieren nach Lichtreiz. Zunge ohne fibrilläre Zuckungen.

30. V. Pupillen different, rechte grösser als linke. Patellarreflex noch stark. Lichtreaktion schwach.

20. II. 84 Exitus.

V.

A. K.-G., Steinhauer, 36 Jahre alt. Mutter an einer unbekannten Krankheit gestorben. Vater lebt noch, ist gesund. Hat nur Stiefgeschwister. (Mutter 2 mal verheiratet.) Ein Stiefbruder war von Geburt an schwachsinnig und ein Krüppel.

Patient war gut begabt. Heiratete im 21. Jahre. Früher ziemlich getrunken, seit 4 – 5 Jahren nicht mehr. Ehe ziemlich friedlich. Vor zirka 6 Jahren eine Geschlechtskrankheit mit Ausschlag durchgemacht. Ist seit 4 Wochen impotent. Letzten Winter hatte er einen Hautausschlag am Gesicht, der jedoch nur halbseitig war. Vor Ausbruch desselben hatte er Stechen im Kopf. Seit 5 Monaten kann er nicht mehr schlafen, in der letzten Zeit infolge zunehmender Aufregung magerer. Schwatzte nachts viel, war auch tagsüber zerstreut, so dass man ihn mehrmals fragen musste, um eine Antwort von ihm zu erhalten.

Am 18. XI. 89 Eintritt in die Anstalt. Ziemlich grosser, magerer Mann. Patellarreflexe erloschen. Sohlenreflexe vorhanden, scheinen verlangsamt. Sensibilität für Nadelstiche gut. Zunge belegt, zittert ziemlich stark. Augenbewegungen gut. Pupillen weit, die eine etwas weiter als die andere, keine Lichtreaktion, Akkomodationsreaktion vorhanden. Links besser wie rechts. Pupillen nicht kreisrund, etwas unregelmässig, keine Synektien. Sehschärfe scheint herabgesetzt,

auch das Unterscheidungsvermögen für Farben. Facialis innervation links schwächer als rechts. Sprache etwas näselnd, stolpernd, längere Wörter werden nicht gut ausgesprochen. Das Stehen bei geschlossenen Augen gelingt noch, jedoch unsicher. Beim Gehen schlägt er oft die Füsse gegeneinander.

Keine Drüsen. Epididymis des linken Hodens vergrössert, die Hoden beiderseits weich. An der Mündung der Krethra stecknadelkopfgrosse mit Krusten bedeckte Stellen. Er ist verwirrt, ängstlich, desorientiert, schwatzt viel von seinem Unglück.

Am 11. III. 90 aus der Anstalt genommen. Sein Zustand hatte sich in jeder Beziehung verschlimmert.

VI.

E. G.-S., 41 Jahre alt, Metzger. Vater starb an Lungenschwindsucht, war Potator. Mutter lebt und ist gesund. Ein Bruder des Patienten ist geisteskrank.

In der Schule lernte er schlecht, war heitern Gemütes, aber reizbar. Er trank ziemlich, es herrschten viel Misshelligkeiten in der Ehe. Im Alter von 25 Jahren syphilit. Infektion; durch Behandlung schwanden alle Erscheinungen. Seit 1½ Jahren ein schmerzhaftes Geschwür am linken Unterschenkel. Seit 2 Jahren schwerfälliger in seinen Bewegungen, körperlich schwächer, starker Tremor der Hände. Seit einem Jahre arbeitet er nicht mehr recht, stritt in allen Wirtschaften herum. Seit etwa 5 Wochen wurde die Sprache schwerfällig und seit 14 Tagen ganz verwirrt.

Am 16. VI. 94. erfolgte der Eintritt. Es ist ein mittelgrosser, kräftig gebauter Mann. Fettpolster ziemlich verschwunden, Leberdämpfung vergrössert, überragt den Rippenbogen etwa um 3 Querfinger breit. Pupillen eng, gleich-

weit, sehr stark reagierend. Zunge zittert stark. Rechte Facialis schwächer als links. Bauch-, Kremaster- und Sohlenreflex vorhanden. Kniephänomene ziemlich lebhaft.

1895, 14. VI., linke Pupille weiter als die rechte, reagiert besser auf Lichteinfall. Linker Facialis besser innerviert als rechts. Rechte Seite schwächer als die linke.

Exitus, 27. X. 95.

VII.

E. H., 38 Jahre alt, Beamter. Spuren geistiger Störung, im Juni 1893, traten plötzlich auf. Er erwachte an einem Morgen mit heftigen Kopfschmerzen, war unfähig, auch nur die kleinste Arbeit zu leisten. Konnte seine Aufmerksamkeit nicht mehr auf Gegenstände konzentrieren. Lues im Jahre 1889. Seit letztem Neujahr Verschlimmerung der Krankheit, Gedächtnisschwäche, Vernachlässigung, mangelhaftes Vorstellungsvermögen nehmen immer mehr überhand.

5. IV. 94 Eintritt in die Anstalt. Ist ein mittelgrosser, schlank gebauter Mann, Unterhautgewebe wenig fettreich, untere Extremitäten mehr abgemagert als die obern. Linke Gesichtshälfte gedunsen, cyonotisch. Quer über die rechte Hälfte der Lambdanaht, mehr der Mittellinie zieht eine lineare, bis auf die Knochen reichende Narbe ohne Pigmentierung (von einem Sturz im 9. Lebensjahre herrührend). Am dusum penis, am äussern Blatt des praeputiums, eine nicht scharf umschriebene, wenig pigmentierte Stelle, von etwas härterer Konsistenz. Linke Inguinaldrüsen geschwollen, hart, nicht schmerzhaft. Im Nacken zahlreiche, weisse, von mässig pigmentierter Haut umgebene Narben. An den Augen beiderseits Residieren von Iritis, hintere Synechien. Linke Pupille weiter als die rechte, ein Verhalten, das aber nicht

konstat ist. Lichtreaktion fehlt rechts, links ist sie gering. Akkommodative Verengerung fehlt. Innervation des Facialis auf beiden Seiten nicht auffallend verschieden. Zunge zeigt fibrilläre Zuckungen; dieselbe ist mit weissgrüngelblichen Plaques belegt, die fast bis an die Spitze heranreichen. Ränder der Zunge sind narbig gekerbt. Gaumenbogen dunkel gerötet, rechterseits narbig verändert. Tonsillen etwas geschwellt. Motorische Kraft der Extremitäten etwas herabgesetzt. Bauchreflex schwach. Patellarreflexe fehlen beiderseits. Plantarreflexe vorhanden. Sprache bei langen Worten behindert.

11. IV. 94, Patellarreflexe beiderseits vorhanden, aber sehr schwach. Linke Pupille grösser als die rechte, rechte starr, linker Facialis besser innerviert wie der rechte. Rechter Mundfacialis deutlich paretisch.

4. XII. 94, Patellarreflexe beiderseits fehlend.

12. I. 95, linke Pupille weiter als die rechte.

2. VIII. 95, Exitus.

VIII.

E. B., verheiratet, 24 Jahre alt. In der Familie sollen keine Geistes- und Nervenkrankheiten vorgekommen sein. Ein Bruder des Patienten starb mit 7 Tagen an Lebensschwäche, ein jüngerer ein Jahr alt. Ein anderer lebt und ist gesund, aber von anämischer Konstitution.

Er war ein guter Schüler, war gutmütig und willig. Vor fünf Jahren erlitt er anlässlich einer Wirtshausrauferei einen Schlag auf den Kopf und eine tiefe Wunde, welche aber gut ausheilte. Keine Bewusstlosigkeit, kein Erbrechen nach dem Trauma. Vor vier Jahren acquirierte er eine Geschlechtskrankheit, die in einer Wunde in der Harnröhre

bestanden haben soll. Ausschlag. Ein halbes Jahr nachher heiratete er. Das erste Kind war kräftig, bekam nach der Geburt einen Ausschlag im Gesicht, das zweite Kind ist ebenfalls gesund. Frau hat nie abortiert. Im Februar 1893 begann er zu „stottern", vergass die Namen seiner Kinder und für seine Familie. Am Gang wurde eine gewisse Steifigkeit bemerkt. Das Arbeiten ging schlechter. Öfters ohne Grund erregt und begann zu schimpfen.

Am 18. III. 94 Eintritt in die Anstalt. Mittelgrosser kräftiger Mann, fettreiches Unterhautgewebe und blasse Haut. Keine allgemeinen Drüsenschwellungen. Bauchreflexe lebhaft, Kremasterreflex kaum auslösbar. Patellarphänomene lebhaft, ebenso Plantarreflex. Spur von Schwanken bei geschlossenen Augen. Linke Pupille enger als die rechte. Letztere mittelweit, längsoval, reagiert spurweise, linke gar nicht. Sprache ist langsam, stotternd. Silbenstolpern vorhanden. Ganz interesselos.

Am 1. IV. traten an den Vorderarmen Schwellungen der Lymphdrüsen auf und eine Inunktionskur begonnen.

Austritt am 14. V. 94, eher etwas stumpfer als beim Eintritte.

IX.

H. J., verheiratet, 30 Jahre alt, Commis. Geistes- und Nervenkrankheiten, sowie Trunksucht sollen in der Familie nie vorgekommen sein.

War als Kind stets gesund und war ein guter Schüler. Vor sechs Jahren infizierte er sich. Zwei Jahre lang soll er nichts bemerkt haben. Vor drei Jahren verheiratete er sich. Vor fünf Monaten klagte er über Schmerzen im Rücken, bekam einen Ausschlag an Armen und Beinen und auf der Brust, worauf er eine Inunktionskur durchmachte und fühlte

sich hierauf vollkommen gesund. Seit zwei Monaten fiel der Frau auf, dass er nicht mehr gleich war wie früher, namentlich dass er nicht mehr rechnete, da und dort Einkäufe machte und das Geld nur so hinwarf. Machte die Frau ihm Vorstellungen, so schlug er sie und begann unmässig zu trinken.

Am 29. II. 96 erfolgte der Eintritt in die Anstalt. Körperlich kräftig entwickelter Mann von mittlerer Grösse; Facialis innervation links stärker wie rechts. Linke Pupille weiter als die rechte, reagiert auf Licht besser. Bewegungen der Augen normal, leichter Strabismus. Abdominal und Kremasterreflex vorhanden. Patellarreflex gesteigert. Fusssohlenreflex fehlt.

Austritt 9. IV. 96.

X.

C. W., verheiratet, 36 Jahre alt, Kaufmann. Vater lebt noch und ist gesund, Mutter starb an einem Herzleiden.

Entwickelte sich körperlich und geistig gut. Im Alter von 25 Jahren musste er in einen Spital zur Vornahme einer Schmierkur. Heiratete vor 4 Jahren. 2 Kinder leben und sind gesund, 1 ist ziemlich plötzlich gestorben, Frau hatte einen Abort durchgemacht. Er lebte sexuell sehr ausschweifend und trank immer sehr viel. Vor 2 1/2 Jahren traten die ersten Zeichen psychischer Schwäche und verminderter Leistungsfähigkeit ein, so dass er in der letzten Zeit ganz erwerbsunfähig geworden ist.

Eintritt am 4. VI. 93. Ziemlich kleiner Mann mit reichlichem Peniculus. Muskulatur schlaff. Drüsenschwellungen in der Seitengegend mässigen Grades. Bauchdeckenreflex schwach, Kremasterreflex gut, Fusssohlenreflex ziemlich stark. Partellarreflexe fehlen ganz. Pupillen gleich weit, reagieren ziemlich gut auf Lichtreiz.

18. IV. 94. Pupillen weit, reaktionslos.

21. XII. 96. Partellarreflex fehlt beiderseits. Bauchdecken- und Kremasterreflex vorhanden.

9. III. 96. Exitus.

XI.

F. D., ledig, 51 Jahre alt, Privatier. Ein Bruder und eine Schwester starben in jungen Jahren an Phthise. Eine Schwester der Mutter ist in der Irrenanstalt. Ein Vetter ist ebenfalls geisteskrank. Sonst sollen keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein.

Er war gut befähigt, besuchte das Gymnasium und nachher die Universität und machte die juristischen Examina. Als Student zog er sich eine luetische Erkrankung zu und war deswegen längere Zeit in Behandlung. Er hatte immer ein lebhaftes Temperament, liebte die Geselligkeit und Lustbarkeit. Vor etwa 2 Jahren begann er sich zurückzuziehen und Grössenwahnideen zu äussern. Vor $^1/_2$ Jahr begann der Gang unsicher zu werden, er begann von Milliarden zu sprechen, machte Pläne und wurde gewaltthätig.

Am 11. I. 91 Eintritt. Patient ist ein ziemlich grosser, gracil gebauter Mann. Sensibilität ist gut erhalten. Patellarreflexe sind vorhanden, die Fusssohlenreflexe wenig gesteigert. Pupillen ungleich. Rechte ist sehr eng, reagiert auf Licht. Die linke ist weit und unempfindlich auf Licht. Tremor der Hände und der Zunge. Gang ist sehr unsicher.

November 91. Pupillen sehr different. Linke grösser als rechte. Patellarphänomene sehr lebhaft.

2. II. 93. Pupillendifferenz hat erheblich abgenommen.

16. II. 93. Pupillen sehr different. Rechte sehr eng, linke sehr weit.

Exitus am 6. V. 93.

XII.

A. M., 37 Jahre alt, verheiratet, Fergger. Vater trank gerne, starb an einem Schlaganfall. Mutter starb an Lungenschwindsucht.

Lernte in der Schule schwer. Von Natur fröhlich, ging gerne in Gesellschaft, hatte nie viel Alkoholien ertragen. Infizierte sich in den zwanziger Jahren. Heiratete im Alter von 23 Jahren. Hatte 7 Geburten, wovon 6 Frühgeburten waren; die Kinder kamen entweder tot zur Welt oder starben bald nach der Geburt. Nur ein Kind lebt. Seit 4 Jahren reizbar, aufgeregt und fürchtete selbst, dass er nicht mehr recht leistungsfähig sei. Seit 2 Jahren grosse Vergesslichkeit, Kopfweh, bekam im Geschäft plötzlich einen Weinanfall. Häufiger Stimmungswechsel trat ein.

Eintritt 30. XI. 96. Mittlerer Ernährungszustand. Pupillen mittelweit, linke etwas weiter als die rechte. Reaktion auf Licht und Akkommodation links schwach vorhanden, rechts kaum. Stabismus convergens. Diplopie. Facialis innervation beiderseits gleich. Abdominalreflex schwach. Kremasterreflex deutlich. Patellarreflex schwach, beiderseits gleich. Fusssohlenreflex deutlich. † 5. II. 97.

XIII.

J. F., 52 Jahre alt, Lehrer, verheiratet. Vater starb an einem Schlagfluss, Mutter infolge einer Bruchoperation. Es sind im ganzen 9 Geschwister. Von Geisteskrankheit ist nichts bekannt in der Familie.

Er machte nie ernsthafte Erkrankungen durch in der Jugendzeit. Als Lehrer hatte er viel Verdruss, nahm alles sehr schwer auf. Vor 28 Jahren wurde er wegen eines Ausschlages an den Beinen und Händen längere Zeit mit

einer Schmierkur behandelt. Hat öfters Kehlkopfaffektionen und wurde auch deswegen behandelt. Hatte 8 Kinder, 5 davon starben bald nach der Geburt. Von Charakter war er immer etwas reizbar. Seit einem Jahre wurde er vergesslich, begann vor sich hinzustaunen. Er wollte verschiedene Häuser kaufen, gab viel Geld aus.

Eintritt 21. IV. 96. Grosser, etwas magerer Mann. Leichte rechtsseitige Facialisparese. Pupillen mittelweit, linke weiter als die rechte, reagiert auf Licht schwächer. Sämtliche Reflexe deutlich.

20. VIII. Pupillen wenig different, linke etwas weiter als die rechte. Beide reagieren sehr schwach auf Lichteinfall. Linke Facialis schwächer als rechts.

Exitus 29. I. 97.

XIV.

J. R., verheiratet, 47 Jahre alt, Eierhändler. Vater in hohem Alter gestorben, Mutter ebenfalls. Patient ist das älteste von 18 Kindern. Ein Bruder nahm sich das Leben wegen finanziellen Verlusten.

War mittelmässig geistig befähigt. Im Alter von 14 Jahren schlug er sich den Hinterkopf auf und war eine Zeit lang bewusstlos. Leidet seither fast regelmässig jede Woche einen Tag lang an Migräne. Seit etwa 10 Jahren soll die Migräne 2 Tage dauern. Vor etwa 17 Jahren Verheiratung. Ehe blieb kinderlos. Er kümmerte sich wenig um die Frau, hielt immer gerne Unordnung im Geschäft. Vor 10 Jahren syph. Infektion. Seit einem Jahre total unbrauchbar im Geschäft, lässt die Kasse offen, giebt den Leuten bald zu viel, bald zu wenig Geld heraus. Begann laut zu predigen über den Untergang der Welt.

18. VI. 95 Eintritt. Gross gewachsener, gut genährter Mann. Pupillen mittelweit, reagieren auf Licht, nur sehr schwach. Auf Akkomodation lebhaft. Die Pupillen ungleich. Zunge zittert. Im Gaumen feine Narben. Inguinaldrüse vergrössert, hart; auf dem Doppelteil des Penis zwei glänzende Narben. Bauch-, Kremaster- und Fusssohlenreflex sehr deutlich. Patellarreflex gesteigert. — Befindet sich noch in der Anstalt.

XV.

A. Sch.-A., verheiratet, Schweinehändler, 49 Jahre alt. Vater lebt noch, ist gesund. Mutter starb an Wassersucht. Keine Geisteskrankheiten in der Familie.

Patient sei in der Jugend nie krank gewesen, war in der Schule intelligent. Diente von 1870—72 in der französischen Armee. Seit 10 Jahren verheiratet, keine Kinder. Soll sich im Militärdienst infiziert haben und auch seine Frau infiziert haben. Trank sehr viel. Seit etwa 3 Wochen verbrauchte er viel Geld und wollte alles Mögliche kaufen. Meinte, seine Frau wolle ihn vergiften, wollte zweimal ins Wasser springen.

Eintritt 5. VII. 90. Gut genährter Mann. Blatternarben auf dem Rücken. Linker Facialis paretisch, Mund nach rechts verzogen. Rechtes Gaumensegel steht tiefer als das linke. Zunge weicht stark nach rechts ab. Linke Hälfte breiter als die rechte und zeigt starke fibrilläre Zuckungen, während sie auf der andern nicht deutlich sind. Sprache schwerfällig, stolpernd, wird von Beben der Lippen begleitet. Pupillen ungleich, rechte grösser als linke. Beide reagieren träge. Linke träger als die rechte. Patellarreflexe etwas erhöht.

4. X. 90 wird er von seinen Leuten ungebessert nach Hause genommen.

XVI.

R. A., verheiratet, Bankdirektor, 38 Jahre alt. Die Grossmutter und ein Onkel mütterlicherseits waren geisteskrank.

Patient war gut begabt, fleissig und sparsam. Als Junggeselle zog er sich eine luetische Infektion zu und machte verschiedene Schmierkuren. Aus der ersten Ehe stammt ein Kind, welches halbseitig gelähmt ist. Seit 1888 zum zweitenmal verheiratet. Seit dieser Zeit fiel er seiner Umgebung durch plötzliche Gemütsbewegungen auf. Er soll leicht heftig, aufbrausend, bei geringfügigen Ursachen grob gewesen sein. Begann Projekte zu machen, wollte Bankfilialen gründen und sprach von vielerlei Plänen.

Am 10. IV. 90 Aufnahme in die Anstalt. Er ist ein magerer, gracil gebauter Mann. Patellarreflexe sind nicht auszulösen. Pupillen sind gleich, reagieren fast gar nicht. Zunge wird nur mühsam hervorgestreckt, sie zittert sowohl fibrillär wie allgemein. Linke Nasolabialfalte ist schwächer als die rechte. Sprache stotternd.

14. VII. 91. Wird nach der heimatlichen Anstalt transferiert.

XVII.

J. W.-K., Kaufmann, 42 Jahre alt, Eltern gestorben. Mutter an Tuberkulose, Vater an Delirium tremens.

Patient war immer schwächlich, war begabt und habe leicht gelernt. Ging nach Amerika, ertrug aber das Klima nicht. Litt viel an Diarrhöe. War in Paris und London in Stellen. Habe immer viel gearbeitet. Seit 4 Jahren verheiratet. Hat keine Kinder. Von Charakter sei er verschlossen und zur Depression geneigt gewesen, doch war er

gut und ehrlich. Laut ärztlichem Zeugnis seit Jahren syphilitisch infiziert. Seit 3—4 Jahren habe er unmässig viel Geld ausgegeben, habe alles zu billig gefunden. Seit einem Jahre litt er an Schwindel, machte deshalb eine Kaltwasserkur durch. Im Februar 1890 hatte er einen Schlaganfall, verlor die Sprache eine Zeit lang, sonst keine Lähmung. Seither Abnahme des Gedächtnisses und aller geistigen Fähigkeiten.

Am 1. VI. 90 Eintritt. Kleiner, blasser Mann; Pupillen gleich, reagieren gut. Patellarreflexe sowie die Fusssohlenreflexe gesteigert. Inguinaldrüsen rechts etwas geschwellt. An den Genitalien nichts Besonderes. Sprache anstossend, stotternd.

Exitus 4. X. 91.

XVIII.

J. B., ledig, 41 Jahre alt. Über hereditäre Verhältnisse ist nichts bekannt.

Im 25. Jahre machte er eine Geschlechtskrankheit durch, gegen welche er Quecksilber einnehmen musste. Zum erstenmal geistig gestört im Dezember 1889. Nach und nach wurde er deprimiert, melancholisch, klagte über Druck im Kopfe. Hatte Selbstmordideen und machte Selbstmordversuche.

Am 6. XI. 91 Eintritt. Schlanker Mann mit geringem Haarwuchs. Rechte Inguinaldrüsen geschwollen. Interphalangealgelenke der grossen Zehe geschwollen. Geringer Tremor der Zunge. Pupillen ungleich, rechte reagiert träge. Patellar- und Trikopsreflexe gesteigert. Stolpert ab und zu beim Sprechen.

16. X. 91. Psychisch geschwächt; wird aus der Anstalt genommen.

Statistisches über 18 Fälle von Paralyse mit Syphilis.

Konstitutionelle Grundlage ist vorhanden in 5 Fällen oder in 27 %. Heredität in 9 Fällen oder in 50 %.

In 5 Fällen oder 16 % ist Trunksucht nachweisbar, in einem Falle oder 5 % Kriegsstrapazen; in 2 Fällen oder 11 % Kopftraumen, in einem Falle oder 5 % sexuelle Ausschweifungen. In 62 % oder in 11 Fällen lässt sich neben der Lues kein weiteres ätiologisches Moment mehr auffinden. Durchschnittliche Dauer der Krankheit 3 Jahre 5 Monate.

Das Durchschnittsalter beim Beginn der Erkrankung beträgt 38 Jahre 9 Monate.

Patellarphänomen.

Dasselbe ist gesteigert in 9 Fällen oder in 50 %. Dasselbe fehlt oder ist träge in 6 Fällen oder 30 %. Dasselbe ist normal in 3 Fällen oder 16 %.

Pupillen.

Dieselben sind ungleich in 11 Fällen oder in 61 %. Dieselben sind gleich in 7 Fällen = 38 %.

Reaktion auf Licht fehlt oder ist träge in 14 Fällen = 77 %. In 4 Fällen ist die Reaktion auf Licht erhalten oder in 22 %.

Akkommodation fehlt in einem Fall = 5 %.

XIX.

M. E.-R., 38 Jahre alt, Hausfrau und Stickerin. Vater lebt noch, ist Wirt und ein hitziger, jähzorniger, starrsinniger Mann. Mutter gestorben.

Zeigte in der Schule eine gute geistige Befähigung und war eine gute Handarbeiterin. Ihr Mann starb vor 8 Jahren an Gehirnerweichung in der Irrenanstalt. Lues konnte bei ihm nicht nachgewiesen werden. Ein Kind ist jung gestorben. Ein 13jähriger Knabe lebt, soll ein etwas aufgeregtes Wesen haben. Vor 3—4 Monaten fing sie an, viel von Männern zu reden, wollte wieder heiraten und hatte auch ein Verhältnis mit einem Manne, der ihr Geld abschwindelte. Machte für ihre Verhältnisse ungeheure Einkäufe von Sachen, die sie gar nicht brauchte, wurde verschwenderisch; die schönsten Vorhänge nahm sie von den Fenstern ab und zerschnitt sie. Wurde auffallend lustig und unreinlich.

Am 6. I. 96 wurde sie in die Anstalt aufgenommen. Gesichtsausdruck ist leer, mit wenig Bewegung in den Zügen. Linke Pupille ist etwas grösser als die rechte, auf Lichteinfall ist keine Exkursion zu sehen. Die linke Nasolabialfalte ist schärfer als die rechte. Zunge fibrilläre Zuckungen, kein Zittern in toto. Kniephänomene beiderseits lebhaft. Harn ohne Eiweiss und Zucker. Stimmung ist exaltiert, renommiert mit ihren musikalischen Fertigkeiten. Sprache ist langsam. Zeitlich und örtlich desorientiert.

Am 10. I. sind die Pupillen sehr stark verengert, besonders aber die rechte. Sie stickt etwas, doch ist ihre Arbeit unordentlich und unexakt. Am 8. I. haben sich 3—4 nässende Efflorescenzen gebildet an der Unterlippe, eine im linken Mundwinkel. Leichte Ptosis des linken Oberlides. Leicht

enphorische Stimmung, die aber schnell in Gereiztheit umschlagen kann.

21. I. Sensibilität ist für Schmerzenempfindung herabgesetzt an den untern wie obern Extremitäten. Die andern Qualitäten sind nicht zu prüfen bei der geistigen Schwäche der Patientin. Oft bricht sie in ein anhaltendes Lachen aus, welches einen ägophonen Charakter hat durch Parese des Gaumensegels.

22. II. Wird in die heimatliche Anstalt überführt.

XX.

J. Kr., 39 Jahre alt, verheiratet, Gärtner. Vater soll geistig gesund gewesen sein; Mutter lebt noch und ist gesund. Von 11 Geschwistern noch 2 am Leben; die übrigen sind klein gestorben.

War ein guter Schüler. War kein Trinker. Seit 7 Jahren verheiratet. Die Frau liess sich von ihrem ersten Manne scheiden wegen Lues desselben. Kinderlos. Gutes Eheleben. Vor etwa 3 Jahren Klagen über Doppeltsehen, Kopfweh. Er wurde stiller noch als wie sonst. Er wurde vergesslicher, apathisch und teilnahmslos.

Eintritt 27. I. 97. Guter Ernährungszustand. Schlaffes, ausdrucksloses Gesicht. Linkes oberes Augenlid hängt etwas weiter herunter als rechts. Rechte Pupille etwas weiter als die linke. Beiderseits Lichtreaktion etwas schwach. Akkommodationsreaktion beiderseits deutlich vorhanden. Rechter Facialis schwächer innerviert als links. Starker Tremor der Zunge, fibrilläre Zuckungen in der Spitze. Patellarreflex gesteigert.

3. II. 97. Ptosis links ungefähr immer gleich. Rechte Pupille reagiert nicht auf Lichteinfall. Rechts grösser als links.

5. III. Rechte Pupille cirka mittelweit, reaktionslos.

16. III. Rechte Pupille unbeweglich; linke reagiert ordentlich.

XXI.

K. Pf.-F., 33 Jahre alt, Abwart, verheiratet. Vater Potator. Beide Eltern an Phthise gestorben.

Von Jugend auf sehr leichtes Erröten bei jeder Gelegenheit. Mit dem 20. Jahre Gonorrhoe, später ein Schanker, nachher Halsweh, aber kein Hautausschlag. War immer mässig im Alkoholgenuss. Seit 1875 verheiratet. Ein Kind ist gesund, zwei starben 2—3 Tage nach der Geburt an Brechruhr und Gicht. Seit seiner Verheiratung öfters Gonorrhoe, Blasen- und Magenkatarrh. Seit zwei Monaten starke Nachtschweisse, kein Husten. Seit drei Wochen häufige Depression, musste viel weinen, fürchtete, er müsse seine Stelle verlieren.

15. I. 83 Eintritt in die Anstalt. Guter Ernährungszustand. Rechte Pupille weiter als die linke. Patellarreflex etwas verstärkt. Sensibilität vielleicht etwas herabgesetzt. Mundöffnung steht beim Sprechen etwas nach rechts.

Wird am 29. III. 83 gebessert in seine Familie entlassen.

XXII.

F. G., ledig, 48 Jahre alt, Schreinermeister. Vater lebt und ist gesund. Mutter starb an einem Schlagflusse im Alter von 63 Jahren. Ein Stiefbruder der Mutter war Trinker. Patient ist das älteste von 10 Geschwistern. Vier Kinder starben klein an Scharlach und Krupp. Die fünf übrigen leben und sind gesund.

Patient war als Kind gesund. Im Alter von 23 Jahren machte er einen Typhus durch. Vor einigen Jahren habe er eine Geschlechtskrankheit gehabt. Er ging als Schreiner in die Fremde nach Paris und München. Er sei ein ausgezeichneter Arbeiter gewesen. Seit jeher nahm er täglich 2—3 Liter Wein zu sich. Seit 3/4 Jahren viel frommer; ging öfter zur Kirche, was er sonst nicht that. Seit einem halben Jahre zeigte sich eine grosse Interesselosigkeit gegen das Geschäft und ergab sich noch mehr wie sonst dem Genusse geistiger Getränke. In Bücher und Schriftstücken liess er Worte aus. Sehr auffallend wurde seine grosse Vergesslichkeit für kurz vorgefallene Dinge. Appetit wurde sehr gross. Er wurde in eine Trinkerheilanstalt gebracht, von wo er entwich; aufgefunden, wurde er einer Irrenanstalt übergeben.

Von dieser Anstalt wurde er am 26. III. 89 in unsere Anstalt verbracht. Kleiner kräftiger Mann, Haltung gebückt. Gesicht gerötet, auf den Wangen zahlreiche ektatische Blutgefässe. Pupillen different, linke grösser wie die rechte, erstere schwach reagierend. Linke Nasolabialfalte etwas verstrichen. Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt fibrilläre Bewegungen. Patellarreflex links kaum wahrnehmbar, Fusssohlenreflex normal. Beim Schliessen der Augen Zuckungen der Augenlider. Sprache selbst häritierend, im Redefluss stockend. Exitus 4. VIII. 91.

XXIII.

J. H.-St., Agent, 43 Jahre alt, verheiratet. Mutter starb 55 Jahre alt an einem Schlaganfall. Vater 67 Jahre alt an Lungenentzündung. Derselbe soll hypochondrisch gewesen sein.

In der Schule hatte er gut gelernt, hatte als Kind Drüsen. Machte den Krieg mit im Jahre 1870/71. Er wurde aber wegen Rheumatismen in den Spital geschickt. Er war lange Zeit auf Reisen in geschäftlichen Dingen. Grosse Geldverluste und nachher häufig Migräne. 1880 verheiratet. Bald nach der Verheiratung erkrankte die Frau an Eierstockentzündung. Keine Kinder. Diesen Sommer klagte er viel über Schwitzen. Veränderte sich geistig mehr und mehr. Vergass die einfachsten Dinge. Bekam nachts Angstgefühle, sagte, er werde verrückt, kaufte unnütze Dinge. Sprache wurde langsamer, stolpernd.

Am 11. XII. 91 Eintritt. Grosser, stattlich gebauter Mann mit stumpfem Blicke und energielosen Zügen. Am Halse über der rechten Clavicula und in der Occipitalgegend grosse Narben, ferner an beiden Beinen grosse weissliche und teilweise sehr tiefe Narben. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Patellarreflex beiderseits gesteigert. Pupillenreaktion auf Lichteinfall minim. Rechte Pupille von elliptischer Form. Rechtes Facialisgebiet schwächer innerviert als links. Zunge rissig, ohne fibrilläre Zuckungen. Sprache langsam, müde.

† 6. II. 92.

XXIV.

A. G., 48 Jahre alt, verheiratet, Schneider. Vater starb an Leber- und Nierencirhose, war Potator, Mutter an Brustkrebs. Zwei Brüder sind Trinker.

Von Jugend auf schwächlich, wenig begabt, war gutmütig und heiter. Im Alter von 30 Jahren habe er eine schwere Hirnhautentzündug durchgemacht. Lebte in der letzten Zeit als Inhaber eines grössern Konfektionsgeschäftes in guten ökonomischen Verhältnissen. Seine Frau brannte

ihm durch, hielt sich in Paris auf und soll sich dort syph. infiziert haben. Keine Kinder. Vor 6 Jahren trat zuerst Gedächtnisschwäche auf und ein gereiztes hastiges Wesen. Vor 2 Jahren Steigerung des Leidens, so dass er auch Laien auffiel. Er glaubte sich vielfach verfolgt, diktierte seiner Frau grosse Rechtfertigungen an den Amtsstatthalter. Ergab sich dem Trunke.

Eintritt 4. IV. 92. Kleinerer, magerer Mann. Patellarphänome beiderseits gesteigert. Pupillen gleich, reagieren träge ohne bedeutende Exkursion. Linker Mundwinkel steht tiefer als der rechte. Sprache bei gewissen Worten stolpernd.

21. VI. 92. Wird gebessert entlassen.

XXV.

J. M., 45 Jahre alt, verheiratet, Mechaniker. Ein Bruder ist Potator.

Während seiner Lehrzeit machte er einen Schanker durch. Im Jahre 1873 Verheiratung. Ehe kinderlos. Keine Totgeburten. Er war ein solider, sparsamer Arbeiter und durchaus kein Trinker. Vor 2 Jahren begann er über Kriebeln in den Fingern, über dumpfe Schmerzen in der Stirne und Flimmern vor den Augen zu klagen. Gedächtnis nahm ab, und er wurde lässig bei der Arbeit.

Am 26. II. 91 wurde er in die Irrenanstalt B. aufgenommen und am 20. V. 91 in unsere Anstalt überführt. Blasser, leidlich gut genährter Mann. Beide Pupillen sind ziemlich eng; rechte Pupille reagiert schlechter als die linke auf Licht. Die linke etwas enger als die rechte. Das rechte obere Lid hängt etwas. Patellarreflexe sind sehr schwach. Zunge zittert ziemlich stark, wird gerade herausgestreckt. Beide Nasolabialfalten sind verstrichen. Schwankt beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Wird am 14. VII. 91 in die heimatliche Anstalt überführt.

XXVI.

Fr. B., ledig, Eisengiesser, 27 Jahre alt. Grossvater väterlicherseits war Potator.

Patient entwickelte sich gut, war ein guter Schüler. Mit 14 Jahren kam er in eine Giesserei als Lehrjunge. Diente 3 Jahre bei der Infanterie. Als früher bestandene körperliche Krankheiten werden angegeben: Influenza und Hodenschwellung. Onanierte in hohem Grade. Im Sommer 92 fiel auf, dass er blasser und schwächer wurde; er arbeitete aber immer noch. Im Sommer 93 verschlechterte sich sein Zustand. Schlief weniger. Sammelte allerlei wertlose Papierstücke. Er benahm sich auffällig in der Kirche und wurde vergesslich und zerstreut. Habe doppelt gesehen.

30. X. 93 Eintritt. Kräftig gebaut, gross. In der Kreuzgegend eine alte Narbe. Kremaster- und Bauchdeckenreflex lebhaft. Fusssohlenreflex weniger stark. Patellarphänomene vorhanden, eher etwas schwach. Leistendrüsen geschwellt, beiderseits. Linke Hoden grösser als der rechte. Rechte Pupille grösser als die linke. Rechte reagiert nicht deutlich auf Licht und Akkomodation, wohl aber die linke, wenn auch nur etwas schwach. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt er. Zunge zittert etwas.

28. XI. Linkes Patellarphänomen schwächer als das rechte. Ebensolche Differenz am Fusssohlenreflex.

30. XI. Reaktion der Pupillen auf Licht null, auf Akkommodation abgeschwächt.

7. III. 94. Wird von seinem Vater abgeholt; ungebessert entlassen.

XXVII.

M. H., 54 Jahre alt, Hausfrau. Vater starb hochbetagt an Wassersucht, die Mutter etwa 60 Jahre alt an einem Herzfehler. Von Geisteskrankheiten nichts zu eruieren. Von 7 Geschwistern sind einige klein gestorben.

In der Schule lernte sie schwer. War immer etwas gemütsweich. Periode war immer regelmässig. Mit 24 Jahren verheiratet. Gutes Familienleben. Litt immer viel an Muskelrheumatismus. Bald nach der Verheiratung krank an „Leberverhärtung" mit Abscedierung. Das erste Kind starb 1/2 Jahr alt an Gichten, das zweite 7 Wochen alt gleichfalls an Gichten. Das 3. Mal Abort. Hatte viel Kummer über den Verlust der Kinder. Vor 5 Jahren Klimax. Vor einem Jahre zum erstenmal aufgeregt, lärmte, that „wüst", beruhigte aber sich dann wieder etwas während der Arbeit. Schliesslich sprach sie allerlei Sachen durcheinander, konnte den Kaffee nicht mehr machen, fluchte, heulte, schrie. Nachts selten Schlaf. Vor 4 Tagen wurde sie wegen eines Herzfehlers ins Kantonsspital verbracht.

Am 1. XII. 95 wurde sie in die Anstalt aufgenommen. Sie hat deutliches Ödem um die Augenlider. Die linke Pupille ist deutlich grösser als die rechte. Reaktionen auf Licht vorhanden. Linke Nasolabialfurche weniger scharf als rechts. Kniephänomene vorhanden. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Auf der Stirne eine bewegliche Narbe. Macht langsame aber richtige persönliche Angaben. Zeigt eine enphorische Stimmung. Weiss nicht, wie lange sie in der Anstalt ist.

Am 3. XII. 96 Exitus.

XXVIII.

A. W.-R., Hausfrau und Wascherin, 35 Jahre alt. Ihr Vater war ein arger Trinker.

Sie hat einmal ausserehelich geboren; das Kind starb an Gichten. Sie führte eine Zeit lang ein sehr unsolides Leben. Seit 10 Jahren verheiratet, hat keine Kinder. Vor 2 Jahren verlor sie die Menstruation. Sie bekam damals Krämpfe und ein „Verdrehen" der Glieder und des Gesichtes. Solche Krämpfe wiederholten sich alle 8—14 Tage. Konnte seither noch ein Jahr daheim arbeiten. Sprachstörungen seien seit einem halben Jahre aufgetreten, seit zwei Monaten ist sie fast stumm. Zunahme von geistiger Schwäche und Vergesslichkeit wurde vom Manne seit einem Jahre bemerkt. Seit 3 Monaten ist sie unreinlich in Wasser und Stuhl, bei Tag und bei Nacht.

Aufnahme am 8. IX. 94. Unter mittelgrosse, stark abgemagerte Person. Hautdecken und sichtbare Schleimhäute blass. Hände etwas gedunsen, kühl, blässlich verfärbt. Gesichtsausdruck blöde, bald mehr ängstlich bald mehr verdriesslich. Es besteht starkes Zittern des linken Armes, das namentlich bei intendierten Bewegungen mehr hervortritt. Über Herz und Lunge nichts Besonderes. Pupillen sind beiderseits gleichweit, scheinen auf Lichteinfall ganz starr zu sein. Linker Arm paretisch, nur wenig aktive Beweglichkeit vorhanden. Auf die Beine gestellt, schwankt Patientin sehr stark. Bei Gehversuchen wird das linke Bein nachgeschleppt. Auch das linke Facialisgebiet scheint schwächer innerviert zu sein als das rechte. Bei Prüfung des Kniephänomens tritt schon vorher lebhaftes Zittern beider Beine ein, auf Beklopfen der Patellarsehne sehr lebhafte Quadriceps-Kontraktionen. Bei der Untersuchung ist sie sehr widerstrebend, jammert und schreit.

Am 5. XII. 94 Exitus.

XXIX.

J. B., 43 Jahre alt, Uhrenmacher. Vater starb an einer Kopfverletzung, Mutter hochbetagt. Beide waren immer gesund.

War immer sehr ruhig, sanftmütig, umgänglich. Heiratete frühe und nach 10jähriger glücklicher Ehe starb die Frau. Von 6 Kindern starben 3 sehr jung. Aus der zweiten Ehe 2 Kinder, von denen eines ebenfalls sehr jung an einer Hirnhautentzündung starb. Im Jahre 90 erkrankte die Frau an einem Rückenmarksleiden, wurde schwach in den Beinen. Seit 2 Jahren ist Patient selbst krank. Er hatte Anfälle von Kopfschmerzen und musste dann immer einen Tag im Bett liegen. Diese Anfälle kamen zuerst alle 2 Monate, wurden aber dann immer häufiger. Seit einem Jahre Vergesslichkeit, wusste nicht mehr, was er eben noch gesagt und gethan hatte, wiederholte oft ein und dasselbe. Seit dieser Zeit wurde er, der sonst ein tüchtiger Arbeiter war, arbeitsunfähig. Seit etwa 6 Monaten machte er kindische, unsinnige Dinge. Hatte nie Grössenideen. Seit 2 Monaten Krampfanfälle in den Händen, weniger in den Beinen. Sie treten 3—4 mal am Tage auf und dauern 2 – 3 Minuten. Dabei kein Bewusstseinsverlust. Vor etwa 14 Tagen kam er ins Spital wegen einer Kehlkopfaffektion.

Am 29. VI. 94 Aufnahme in die Anstalt. An Lunge und Herz nichts Abnormes. Reflex, soweit sie zu prüfen sind, lebhaft. Pupillen eng, wenig different, reagieren kaum. Stimme bebend. Anscheinend hat er grosse Angst, antwortet auf alle Fragen mit „Nein“. Blick blöde.

4. VII. Ist unrein, nachts unruhig, spricht nichts. Sehnenreflexe sind erhöht. Urinretention. Haltung gebückt, Gang schlürfend.

10. I. An obern und untern Extremitäten stellen sich Spasmen ein.

10. II. Sprache ist lallend, schleppend, deutliches Silbenstolpern.

29. III. Wird in die heimatliche Anstalt überführt. Hochgradige Verblödung.

XXX.

E. N.-G., verheiratet, 38 Jahre alt, Commis.

Wird polizeilich in die Anstalt gebracht. Seit 1½ Jahren trank er viel Schnaps. In der letzten Zeit arbeitete er ganz und gar nichts mehr, machte Skandal zu Hause, bedrohte alle mit dem Tode. Heiratete vor 10 Jahren. Frau hatte 2 mal totgeboren, somit keine Kinder.

Am 19. II. 95 Eintritt in die Anstalt. Blasser, abgemagerter, wenig muskulöser Mann. Pupillen eng, reagieren auf Akkomodation prompt. Lichtreaktion ist beiderseits vorhanden, jedoch rechts schwächer wie links. Rechter Facialis schwächer als der linke innerviert. Zunge zeigt keine fibrilläre Zuckungsn. Beim Schliessen der Augen beiderseits schwache klonische Zuckungen in Orbiculosis Oculi. Leber überragt in der Mamillarlinie den Rippenbogen um 2 Finger breit. Bauchreflex beiderseits deutlich, Kremasterreflex schwach beiderseits. Patellarreflex erhöht beiderseits, gleich beiderseits. Fusssohlenreflex deutlich beiderseits. Kein Rombergsches Symptom. Auf dem dorsum penis, hinter der corona glandis, eine flache, linsengrosse Narbe. Ist ganz gleichgültig, weiss nicht, wo er ist. Beim Aussprechen komplizierter Wörter deutlich Silbenstolpern.

1. III. Rechte Pupille weiter als die linke, reagiert besser als die linke. Rechter Facialis besser innerviert.

16. III. Beide Pupillen eng, linke reagiert nicht. Linker Facialis schwächer als der rechte innerviert.

6. IV. Überführung in die heimatliche Anstalt.

XXXI.

J. St., verheiratet, 36 Jahre alt. Vater und Mutter körperlich und geistig gesund. Ein Bruder des Vaters war starker Trinker und starb an einem Schlagflusse. Eine Schwester des Vaters starb an einer Rückenmarkskrankheit.

Patient lernte leicht, hat grosse Freude am Lernen und gar keine Lust zu körperlichen Arbeiten. Als Lehrer hatte er viele Aufregungen mit den Eltern der Kinder. Seit 6 Jahren verheiratet. Frau hat 4 mal geboren. Die 3 ersten Geburten waren Fehlgeburten, das 4. Kind lebt und soll gesund sein. Patient litt seit 6—7 Jahren an heftigen Stirnkopfschmerzen. Seit 2 Jahren kein Kopfweh mehr; seit derselben Zeit übelriechenden Ausfluss aus der Nase. Ferner hatte er oft heftige Magenschmerzen, Aufstossen, Erbrechen und Diarrhoe. Seit Ostern dieses Jahres begann er zu trinken, wurde reizbarer, unverträglicher und machte zwecklose Reisen.

Am 11. VI. 96 Eintritt in die Anstalt. Kräftig gebauter Mann, geringes Fettpolster. Linke Pupille etwas enger als die rechte, beide reagieren deutlich auf Licht und Akkommodation. Linkes oberes Augenlid hängt etwas herunter. Bewegungen der Augenmuskeln nicht eingeschränkt. Linker Facialis besser innerviert als der rechte. Zunge wird gerade herausgestreckt, allgemeine Unruhe, keine fibrillären Zuckungen an der Spitze. In der Mitte des harten Gaumens ein kleines Geschwür. In der Nähe des Frenulum penis eine etwas vertiefte, leicht pigmentierte Narbe. Bauch-, Kremaster-

und Fusssohlenreflex schwach vorhanden. Patellarreflex fehlt beiderseits. Keine Sprachstörungen.

Am 9. V. 96 Exitus.

XXXII.

R. St., Mechaniker, 33 Jahre alt, verheiratet. Mutter gesund. Vater unbekannt.

Wurde immer streng gehalten und von seinem trunksüchtigen Stiefvater oft misshandelt. Patient war ein fleissiger und sparsamer Arbeiter, blieb 18 Jahre lang beim gleichen Meister. Verheiratung 1884. Einen Monat nachher that er einen ziemlich hohen Sturz von einem Wasserrad herunter. War nicht bewusstlos, musste einen Monat das Bett hüten. Im Januar 91 hatte seine Frau eine Frühgeburt im 8. Monate, Kind starb nach 5 Tagen. Bei den zwei früheren Geburten kamen die Kinder tot und zu frühe zur Welt. Im Frühling 1891 bemerkte man an ihm eine grössere Vergesslichkeit, beklagte sich über Gelenkschmerzen. Es kam ihm oft vor, als ob er einen Schatten vor den Augen sehe. Seit Januar 1892 begann ein Zittern in den Knien und stechende, schneidende Schmerzen in den Beinen. Er bekam Beängstigungen, war tagelang unklar.

Am 29. VI. 92 Eintritt. Kennt sich nicht aus. Ist desorientiert. Der Gesichtsausdruck ist matt, schläfrig, fast ausdruckslos. Rechts fehlt die Nasolabialfalte ganz, links ist sie angedeutet. Pupillen eng, ziemlich gleich, die akkommodative Reaktion erhalten, auf Lichteinfall keine Reaktion. Bringt die Zunge unter grosser Anstrengung hervor, weicht ein wenig nach links ab, zittert in toto und zeigt an der Spitze fibrilläre Zuckungen. Fusssohlenreflex genügend lebhaft. Auf ziemlich tiefe Nadelstiche in die Unterschenkel

keine Reaktion. Patellarphänomene erhalten, links mehr als rechts. Sein ganzes Verhalten ist apathisch, er ist ohne Gemüts- und Gefühlsbewegungen.

Exitus 1. XI. 93.

XXXIII.

M. J., verheiratet, 33 Jahre alt, Kaufmann. Über die Eltern kann nichts eruiert werden. Ein Bruder ist schon öfters wegen Diebstahl bestraft worden. 4 Geschwister sind geistig gesund.

Patient genoss eine gute Erziehung. Machte nie besondere Krankheiten durch. Im Militär trank er sehr viel. Verheiratete sich 1890. Sein einziges Kind starb 2 Jahre alt, angeblich an Kopfrose. Vor 10 Monaten begann er unmässig grosse Bestellungen zu machen, wurde wegen Schulden eingeklagt, der Polizei übergeben und von dorten in die Anstalt, weil Zweifel an seiner Geistesgesundheit entstanden.

Eintritt am 18. X. 92. Grosser, kräftig gebauter junger Mann. Rechte Pupille grösser als die linke; erstere reagiert auf Lichtreiz weniger prompt; rechts besteht auch leichtgradige Ptosis. Kremasterreflexe eher etwas schwach. Abdominalreflexe gleich stark. Patellarreflexe gesteigert. Hochgradiger geistiger Zerfall.

Wird am 6. II. 93 in die heimatliche Anstalt überführt.

XXXIV.

St. N., 40 Jahre alt, verheiratet, Farbarbeiter. Die Eltern und Verwandten sollen nie an Geistesstörung gelitten haben.

War stets ein fleissiger und solider Arbeiter. Erkrankte schon im Herbst 1891 laut ärztlichem Zeugnis an Tabes dossalis. Heiratete vor 11 Jahren. Die zwei ersten Ge-

burten waren Totgeburten, das dritte Kind lebte ein Vierteljahr und starb angeblich an Katarrh. Das vierte Kind wurde im 7. Monat extrahiert, weil die Frau an profusen Blutungen litt, und sie starb daran. Vor 5 Jahren zum zweitenmal verheiratet; der Ehe entsprosste ein noch lebendes, gesundes Kind. Im Januar 1890 machte er die Influenza durch, schonte sich nicht, bekam Schmerzen im Rücken und im Kreuz nach zwei Monaten und begann gebückt zu gehen. Im Winter 91/92 überstand er einen Urticaria ähnlichen Ausschlag. Hatte viel Schwindel. Vor 3 Monaten fiel seine grosse Vergesslichkeit auf, wurde reizbar, grob gegen die Frau und bedrohte sie sogar mit einem Beil.

Am 30. I. 93 Eintritt. Ziemlich grosser, schlanker Mann, stark abgemagert. Auf dem dorsum penis, hinter der Glans, eine ziemlich grosse, unregelmässige Narbe. Rechte Gesichtshälfte ist schlaffer als die linke. Linke Pupille zeigt geringe Reaktion auf Licht, die rechte gar keine. Bauchreflexe deutlich, Kremasterreflexe links minim, rechts gar nicht auszulösen. Patellarsehnenreflexe sind vollständig aufgehoben. Sohlenreflexe gesteigert. Zunge zeigt keinen Tremor. Patient hat ausgeprägten ataktischen Gang. Deutliche Artikulationsstörungen. Leisten- und Kubitaldrüsen stark geschwellt. Auf der rechten Körperseite, besonders auf der untern Extremität, Abschwächung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit.

Exitus 21. I. 94.

XXXV.

A. K., verheiratet, 34 Jahre alt, Küfer. Vater starb am Nervenfieber, Mutter an einer Rückenmarkskrankheit. Hatte 14 Geschwister, von denen 6 früh gestorben sind.

Patient war sehr begabt, lebte sehr solid, hat nie zuviel getrunken. Hatte, 19 Jahre alt, einen Schanker. Vor

11 Jahren verheiratet. Das erste Kind starb ein Vierteljahr nach der Geburt an den Gichtern. Das zweite Kind starb ein Jahr alt, litt an Halsdrüsen und der englischen Krankheit. In den letzten Jahren trank er etwas mehr als früher, arbeitete aber sehr angestrengt. Vor 5 Jahren bekam Patient auf der Gasse einen heftigen Schwindel, äusserte dabei, es sei ihm, als ob er einen Schlaganfall bekäme. Seither leidet er an anfallsweise auftretenden, heftigen Kopfschmerzen, die im Hinterhaupt beginnen und bis in die Augen ausstrahlen. Vor 3 Wochen wurde er ganz schlaflos, ass nicht mehr recht und geriet in eine verzweifelte Stimmung, jammerte, er sei verloren, könne nicht mehr gesund werden, habe kein Mark in den Knochen u. s. w.

Eintritt am 14. IX. 94. Kräftig gebauter, mittelgrosser Mann. Traurig-ängstlicher Gesichtsausdruck. Rechte Pupille weiter als die linke, beide sehr weit. Keine Reaktion auf Lichteinfall; beide reagieren auf Akkomodation, rechte etwas weniger gut wie linke. Rechter Facialis schwächer innerviert als der linke. Zunge wird gerade herausgestreckt, leichter Tremor. Patellarreflexe vorhanden, beiderseits gleich stark.

Exitus 25. XII. 94.

XXXVI.

G. Pf., 38 Jahre alt, Bahnangestellter, verheiratet. Vater starb an Lungenentzündung, Mutter an Wassersucht. Patient war das älteste von 17 Kindern. 12 starben, mehrere kurz nach der Geburt.

War mittelmässig beanlagt. Getrunken habe er nie und war stets sparsam. Vor 7 Jahren Verheiratung; Frau hatte eine Totgeburt im 9. Monat. Sonst keine Kinder. Frau

leidet seit 20 Jahren an Rheumatismen. Vor 4 Jahren brach er den Unterschenkel und war deshalb 6 Wochen im Spital. Im Sommer 1892 hatte er mehr Mühe beim Sprechen, dass er schwerbesinnlich und vergesslich wurde. Klagte öfters über Kopfweh und Schmerzen im Nacken. Wurde in der letzten Zeit eigentlich blöd und stumpf.

Eintritt 18. III. 93. Sehr kräftiger Mann. Ernährungszustand gut. Pupillen gleich, reagieren etwas schwach. Deutliche Facialisdifferenz, linker Mundwinkel höher. Reflexe alle wenig stark. Stolpert beim Sprechen.

Am 28. I. 94 Exitus.

Statistisches über 19 Fälle von Paralyse mit wahrscheinlicher Syphilis.

In 11 Fällen oder in 67 % ist Heredität, in 3 Fällen oder in 15 % konstitutionelle Grundlage vorhanden.

Unter den ätiologischen Momenten sind zu erwähnen; 1 Fall mit Kriegsstrapazen, 1 Fall mit Hirnhautentzündung, 1 Fall mit Onanie, 1 Fall mit unsolidem Leben, 1 Fall mit Aufregung, 1 Fall mit Sturz auf den Kopf, 1 Fall mit Trunksucht. In 11 Fällen oder in 57 % liessen sich keine weitern ätiologischen Momente auffinden.

Mittlere Dauer der Krankheit beträgt 2 Jahre 8 Monate.

Das Durchschnittsalter beim Ausbruche der Krankheit erreicht 37 Jahre.

Patellarreflexe.

Das Patellarphänomen erweist sich als gesteigert in 11 Fällen oder in 57 %. Dasselbe ist aufgehoben oder sehr schwach in 5 Fällen oder in 20 %. Normal ist dasselbe in 3 Fällen oder in 15 %.

Pupillen.

Dieselben sind ungleich in 12 Fällen = 61 %. Dieselben sind gleich in 6 Fällen (in 2 Fällen sind sie gleich, aber verengt) oder in 31 %.

Reaktion auf Licht fehlt oder ist sehr träge in 15 Fällen oder in 78 %. Normale Reaktion herrscht in 5 Fällen oder in 21 %.

Akkommodationsreaktion fehlt oder ist sehr herabgesetzt in 2 Fällen oder in 10 %.

XXXVII.

W. P., verheiratet, Buchhalter, 41 Jahre alt. Vater starb an Wassersucht. Keine hereditäre Belastung zu eruieren. Er ist das letztgeborene von 9 Kindern; davon ist nur eines gestorben, die anderen seien gesund.

Machte in der Schule gute Fortschritte. War aufbrausend, heftig, grob und habe dem Alkohol ziemlich zugesprochen. Kinder sollen gesund sein. Schon im April 1892 wurde er in seinem Wesen verändert; ohne Aufregungsperiode durchzumachen, fiel er in einen geistigen Schwächezustand und verlor in kurzer Zeit sein Gedächtnis. Vor $^3/_4$ Jahren wurde er unrein.

Eintritt 15. I. 94. Mittelgrosser, mässig kräftiger Mann. Linksseitige, leichtgradige Ptosis. Am Praeputium linkerseits Narben. Reflexe an den Bauchdecken und Kremastern schwach. Patellarphänomene gesteigert. Leichter Tremor manus rechts. Rechte Pupille grösser als die linke. Reaktion auf Licht und Akkommodation vermindert. In geistiger Beziehung stark ausgesprochene Demenz.

Exitus 7. VII. 94.

XXXVIII.

J. K., 46 Jahre alt, Kupferschmied, verheiratet. Eltern des Patienten gestorben. Vater soll getrunken haben. Ein Bruder starb durch Suicidium. Im ganzen waren 7 Geschwister.

War ein fleissiger und sparsamer Mann. Verheiratete sich vor 26 Jahren. Hatte 6 Kinder, 5 davon sind gesund, eines starb an Gichtern. Trank immer ziemlich viel Wein. Vor 15 Jahren erlitt er anlässlich eines Streites einen Schädelbruch und musste 4 Wochen das Bett hüten und war nachher wieder vollständig hergestellt. Vor einem Jahre kurioses

Benehmen, er arbeitete nicht mehr wie früher und setzte ganze Tage aus. Er gab unnötigerweise viel Geld aus. Fuhr nur noch in Droschken umher und wollte andere Geschäfte übernehmen.

Eintritt 16. IX. 96. In der linken Stirnbeingegend eine kirschgrosse Impression. Linke Pupille weiter als die rechte. Patellarreflexe erhöht, ebenso Fusssohlenreflex. Abdominal- und Kremasterreflex deutlich.

Befindet sich noch in der Anstalt.

XXXIX.

J. L.-N., verheiratet, 51 Jahre alt, Fuhrhalter und Wirt. Todesursache des Vaters unbekannt. Mutter soll an einem Unterleibsleiden gestorben sein. Keine Heredität.

War ein mittelmässiger Schüler. Vor 25 Jahren wurde er von einem Pferde an den Kopf geschlagen. Er blieb einige Tage bewusstlos. Seither klagte er viel über Kopfschmerzen, die sich anfallsweise einstellten, besonders wenn das Wetter sich ändern sollte. Um die gleiche Zeit herum machte Patient eine Lungenentzündung durch. Vor 19 Jahren Heirat, zwei Kinder, welche gesund sind. Als Kutscher, Wirt und Fuhrhalter hat er sich immer gut gehalten. Er arbeitete fleissig und war dem Trunke nicht ergeben. Bis zum Herbste 1884 wurde an ihm nichts Auffallendes bemerkt. Um diese Zeit herum wurde er vergesslich, zeigte kein richtiges Interesse mehr für das Geschäft. Der Schlaf wurde schlecht und unregelmässig. Obwohl früher ein guter Pferdekenner, kaufte er jetzt um grosses Geld absolut unbrauchbare Pferde. Vor einigen Tagen wurde er besinnungslos in der Stallung gefunden. Nachher bekam er eigentliche Wutanfälle.

Eintritt 24. V. 85. Kräftig aussehender Mann und gut genährt. Pupillen gleich, reagieren gut. Zunge zittert beim Herausstrecken stark. Sprache anstossend, stolpernd. Keine Differenz der Nasolabialfalten. Patellarreflex fehlt links vollständig. Rechts ist er abgeschwächt. Ebenso fehlen links die Hautreflexe, während sie rechts gut erhalten sind. Sensibilität der Haut vorhanden.

Exitus 4. VII. 90.

XL.

W. R.-B., 63 Jahre alt, Uhrenmacher, verheiratet. Vater starb an Lungenentzündung 85 Jahre alt. Mutter an Blattern, beide geistig gesund. In der Familie soll Neigung zu Fettleibigkeit herrschen.

War geistig gut begabt, war in der Jugend nie eigentlich krank. Im 12. Jahre soll er im Hausgange mit dem Kopfe auf eine Steinplatte gefallen sein, war darnach längere Zeit krank, er soll von dort an geistig schwächer geworden sein. Seit 1856 verheiratet, hat einen Sohn und eine Tochter, beide geistig gesund. Er war von jeher etwas eigentümlich, vergesslich, wurde durch Freunde zum Trinken verführt. Schon 1873 machte er eine geistige Erkrankung durch, wurde damals $^3/_4$ Jahre in einer Irrenanstalt behandelt. Er soll damals sehr gewaltthätig gewesen sein und wollte sich umbringen. 1876 musste das Geschäft verkauft werden, da er unsinnige Ankäufe machte. Seit $^3/_4$ Jahren kann er nicht mehr arbeiten, obwohl er sonst ganz fleissig war. In den letzten 3 Wochen rasche Abnahme der Geisteskräfte. Nachts steht er oft auf, läuft herum und äussert Grössenideen, dagegen schläft er am Tage. Die Sprache war schon seit einem Jahre schwerer.

Eintritt 18. VII. 89. Patient ist ein dicker, aber muskulös schwacher Mann. Gesicht gedunsen. Rechte Facialisinnervation abgeschwächt, Zunge zeigt fibrilläre Zuckungen. Rechte Pupille weiter als die linke, reagieren träge, Patellarreflex und Fusssohlenreflex erhöht. Sprache lallend, langsam.

Exitus 8. I. 96.

XLI.

Fr. Th.-Sch., verheiratet, Eisenbahnarbeiter, 27 Jahre alt. Vater starb an Lungenschwindsucht. Mutter seit 5 Jahren blind. Patient ist das älteste von 6 Kindern. 4 starben klein an Krämpfen. Eine Schwester lebt noch und sei gesund.

War als Kind sehr still, in der Schule lernte er schwer. Mit 22 Jahren verheiratete er sich, hat 2 gesunde Kinder. Vor 6 Jahren kam er beim Überschreiten eines Eisenbahngeleises unter eine Lokomotive und trug schwere Verletzungen des Kopfes, Rückens und der Beine davon. Wurde 6 Wochen im Spital verpflegt und geheilt entlassen. Seit jener Zeit sei der früher geduldige, willfährige Mann äusserst reizbar und barsch geworden, klagte auch viel über Schmerzen im Kopfe, über Müdigkeit und Abgeschlagensein in den Gliedern, verrichtete jedoch seine Arbeit noch ganz gut. In den letzten 14 Tagen ganz verändert, hatte weder Sitte noch Anstand, kaufte die unnötigsten Sachen. Er wurde untauglich zur Arbeit, lief über Geleise, über die es streng verboten war zu gehen.

Eintritt am 5. VII. 89. Grosser, kräftiger, junger Mann. Linke Pupille eine Spur weiter als die rechte, linke träge auf Licht reagierend. Linke Nasolabialfalte verstrichen und Zunge wird gerade herausgestreckt, an der Spitze fibrilläre

Zuckungen. Am Hinterkopfe und an den Beinen einige linienförmige und einige flächenhafte Narben. Patellarreflexe gesteigert. Fusssohlreflexe erhalten. Sprache ist undeutlich, langsam, häsitierend, Artikulation noch ziemlich erhalten.

18. X. 89 von seiner Familie nach Hause genommen; er hatte sich in der Anstalt etwas beruhigt, arbeitete, geistig das gleiche blöde, apathische Verhalten wie beim Eintritte.

22. XI. 89, zweite Aufnahme. Daheim ging es von Tag zu Tag schlechter, er wurde aufgeregt, schlaflos, stand nachts auf, ging umher. Vor 11 Tagen bekam er einen Anfall, zitterte am ganzen Leibe, fiel nicht um, kein Bewustseinsverlust. Heute am Tage des Eintrittes hatte er einen zweiten Anfall; es war, als ob er umfallen sollte, konnte darauf nicht mehr reden. Beim Eintritte sind Sehnen- und Fussohlenreflexe erhöht, Sprache stotternd. Zunge zittert beim Herausstrecken, doch nicht sehr stark. Pupillen different, wechselnd. Reaktion vorhanden. Beim Sprechen Zittern der Lippen.

29. XII. 90. Exitus.

XLII.

Fr. K., verheiratet, 41 Jahre alt, Färber. Mutter starb an Wassersucht, Vater an einem Lungenleiden.

Soll als Kind nie krank gewesen sein. Machte den Krieg mit im Jahre 1870/71. Als Färber war er vielfach Erkältungen und Durchnässungen ausgesetzt. Seit Jahren verheiratet, alle 5 Kinder gesund. Er soll ab und zu in Bacho excediert haben. Seit etwa 5 Wochen fing er an, vor sich hin zu starren, in Ecken zu stehen und zeigte kein Verständnis mehr für sein Geschäft. Er machte grosse, unnötige Einkäufe, sprach von Millionen u. s. w.

Am 9. IX. 91 Eintritt in die Anstalt. Es ist ein mittelgrosser Mann mit gut entwickelter Muskulatur. Am rechten Unterarme grosse Narben, ebenso eine an der Nase. Keine Drüsenschwellungen. Linke Pupille grösser als rechte. Linke reagiert träge. Rechte wenig. Partellarreflex links nicht vorhanden, rechts abgeschwächt. Starker Tremor linguae et digit. Sprache langgezogen, kein Silbenstolpern. Sehr fortgeschrittener Schwachsinn.

25. IX. linker Patelarreflex fehlt. Wird den 19. III. in die heimatliche Anstalt überführt.

XLIII.

Ch. K. verheiratet, Farbarbeiter, 48 Jahre alt. Vater an den Pocken gestorben, Mutter an Lungenschwindsucht.

Patient machte einen Typhus durch, hatte Gonorrhoe und vor 15 Jahren Pneumonie. Patient ist verheiratet, das erste Kind starb in den ersten Lebenswochen, ein anderes im 12. Jahre an Auszehrung, somit keine Kinder. Vor 2 Jahren war er im Spital wegen Schmerzen in den Gliedern und im Rücken, klagte über Mattigkeit und Schwindelgefühl, über Frieren und Schwitzen und Eingeschlafensein des linken Armes. Da er nachts einmal Lärm machte und sich ganz geistesabwesend benahm, wurde er in die Anstalt versetzt.

Eintritt 25. VIII. 91. Ziemlich grosser, livider, blasser Mann mit blödem Gesichtsausdruck. Pupillen reagieren träge. Tremor linguae et digitorum. Patellarreflexe sehr gesteigert. Gang schwankend und spastisch.

26. I. 92 in die heimatliche Anstalt transferiert.

XLIV.

E. H., verheiratet, Geometer, 43 Jahre alt. Vater starb 60 Jahre alt, war Potator und hie und da verwirrt

(Delirium). Mutter soll gesund gewesen sein. Ein Bruder ist an Potus gestorben.

Patient soll vor Eintritt in die Schule nie krank gewesen sein. Er war intelligent und von lebhaftem Temperament, wild, jähzornig. Als Geometer habe er tüchtig gearbeitet. Er hatte die Gewohnheit wenigstens alle Tage 2 Liter starken Rotwein zu trinken. Im August 91 traten die ersten Störungen ein, er wurde matt, begann stark zu schwitzen, wurde aufgeregt, klagte über Kopfweh, verrechnete sich häufig, wurde wegen jeder Kleinigkeit zornig. Er hatte Visionen, sah den verstorbenen Vater und Bruder und sprach mit ihnen.

Eintritt 13. I. 92. Grosser, gut genährter Mann. Augen schimmernd, konjunkt gerötet. Starker Tremor des ganzen Körpers. Rechte Nasolabialfalte seichter als die linke. Rechte Pupille grösser als linke. Patellarreflexe gesteigert. Patient ist so benommen, dass er nicht zum Herausstrecken der Zunge bewegt werden kann.

† 6. V. 92.

XLV.

St. G.-W., 51 Jahre alt, Leineweber, später Bahnwärter. Mutter starb 80 Jahre alt an Wassersucht und war schon längere Zeit blödsinnig, soll immer kurios gewesen sein. Vater war Potator, fiel in der Trunkenheit von einer Leiter herunter und starb sofort.

Mit 7 Jahren litt er an den Augen und musste längere Zeit eine Brille tragen. Seit 22 Jahren verheiratet. Hatte nur ein Kind, das einige Stunden nach der Geburt an „Gichtern“ starb. Vor 12 Jahren erkrankte er an den Nieren und der Blase. Das Leiden besserte sich auf Soolbäder. Seit etwa 15 Wochen Verschlimmerung, magerte stark ab, bekam Blasenfisteln, schwatzt „dummes Zeug“, Christus habe ihn

in die Welt gesetzt, er sei gestorben etc. Schlief nicht mehr. Soll nie viel getrunken haben, konnte den Alkohol nicht gut vertragen.

Eintritt 4. VI. 92. Grosser, abgemagerter, blasser Mann mit ziemlich scharfen Gesichtszügen, die aber wenig Bewegung zeigen. Am rechten Auge unten ein Colobom der Iris. Am Hodensack mehrere ziemlich stark fliessende Geschwüre. Patellarphänomen kaum auszulösen. Fusssohlen-, Bauch- und Kremasterreflex vorhanden. Pupillenreaktion gehörig. Sprache monoton, bei schwierigen Worten Silbenstolpern.

14. VII. Pupillenreaktion schwach. Nasolabialfalten ungleich, linke Seite etwas mehr beweglich als rechts. Patellarreflex rechts aufgehoben, links erhalten.

1. VIII. Linke Pupille enorm eng, rechte unverändert. Keine Reflexe mehr.

2. VIII. Exitus.

XLVI.

A. B., 41 Jahre alt, Kaufmann, verheiratet. Eltern gestorben. Vater an der Auszehrung, Mutter in hohem Alter. Der ältere Bruder und eine Schwester ebenfalls an Tuberkulose. Eine Cousine starb an Gehirnerweichung.

Patient war von jeher etwas schwächlich. Geistig gut begabt. Ist noch militärpflichtig. Seit 10 Jahren verheiratet. Hat 3 Kinder, alle gesund. Gute ökonomische Verhältnisse, gute Familienverhältnisse, kein Trinker. Seit einem Jahre bemerkte man an ihm unsinnige Einkäufe, habe sich mit grossen Plänen abgegeben, machte Fehler in der Buchführung. Begann zu trinken, hatte nie Schlaganfälle, liess mit sich machen, was man wollte. Sprache wurde stotternd.

Eintritt 29. I. 90. Kleiner, gut genährter Mann, Patellarreflexe etwas erhöht. Pupillen eng, rechte etwas weiter als die linke, reagieren. Zunge zeigt an der Spitze fibrilläre Zuckungen. Sprache etwas lallend.

Oktober 91. Pupillen eng, gleich, fast ohne Reaktion.

Dezember 91. Patellarreflex vorhanden, nicht verstärkt.

12. IV. Pupillen eng, ohne jede Reaktion.

13. IV. 92 †.

XLVII.

E. Sch., Kellner, ledig, 42 Jahre alt. Eltern gestorben. Mutter war geistig gesund. Vater wurde in den letzten Lebensjahren kindisch.

Patient soll nie krank gewesen sein. War ziemlich begabt. Kam als Kellner weit in der Welt herum. Kam einmal ganz verwahrlost nach Hause. War lange Zeit ohne Stellung und wurde vor 3 Monaten von Paris heimtransportiert, weil er an Gehirnerweichung leide.

Eintritt am 17. V. 90. Gut gebauter und gut genährter Mann. Patellarreflexe gesteigert. Der linke Facialis ist geschwächt. Die rechte Pupille grösser, reagiert langsamer als die linke. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert ein wenig. Kein Romberg. Der rechte Hoden grösser als der linke, die Epididymis geschwollen, weich. Am Penis kleine Narben. In geistiger Beziehung fortgeschrittene Demenz. Sprache schwerfällig.

17. VII. 91. Transport in die heimatliche Anstalt.

XLVIII.

W. P.-V., 39 Jahre alt, verheiratet, Buchbinder. Vater starb an Phthise. Mutter lebt und ist gesund. Eine Schwester hatte 28 Jahre alt einen Schlaganfall, es besserte sich wieder;

es blieb ein Auge gelähmt. Ein Bruder ist Potator. Eine Schwester beschränkt.

Patient war stets von etwas schwächlicher Konstitution, hatte im 20. Jahre einen Ohrenfluss. War nicht Soldat, weil er die Grösse nicht hatte. Er war stets solid. Seit 1883 verheiratet, zwei gesunde Kinder. Die Krankheit begann vor 3 Jahren. Er bekam Blasenlähmung und musste kathetrisiert werden. Dabei hatte er starke Schmerzen in den Beinen. Er wurde nach und nach vergesslich, bekam eine lallende, schwer verständliche Sprache und konnte nicht mehr schlafen. Er hatte keine Ordnung mehr im Geschäft und begann zu trinken.

Eintritt 1. X. 90. Kleiner, blasser, magerer Mann. Beide Facialis etwas schwach innerviert. Linke Pupille grösser als die rechte, reagieren gut auf Licht. Patellarreflexe erhöht. Zunge wird ruckweise herausgestreckt, zittert sowohl allgemein als fibrillär. Sprache lallend. Gang unsicher.

† 31. I. 91.

XLIX.

A. M., ledig, 47 Jahre alt, Kaufmann. Vater starb an einer Rückenmarkskrankheit 78 Jahre alt. Vater war 3 bis 4 Jahre vor dem Tode geistig gesund. Mutter lebt noch. Sonst keine Geisteskrankheiten in der Familie. Von 9 Geschwistern leben noch 4. 3 starben als Kinder an Tuberkulose der Lunge. Eines an Mening. tubercul. Eines an Gehirnschlag 32 Jahre alt.

Patient war nie krank. Als Schulknabe sei er gestürzt und habe das Bewusstsein verloren und sei 1—2 Tage benommen gewesen. War nicht übermässig begabt, von Charakter war er lebhaft, jähzornig, litt keinen Widerspruch.

Als Kaufmann kam er viel auf Reisen, habe viel in Wirtschaften zu thun gehabt; er war ausschweifend in sexueller Beziehung und verursachte deshalb viel Streit und Zwist in der Familie. Die Krankheit begann vor einigen Monaten. Er legte sich öfters zu Bette, schlief viel, that gern gross und wurde verschwenderisch und äusserte Grössenideen.

Eintritt 18. V. 90. Grosser, gut gebauter und genährter Mann. Der rechte Hoden fehlt, der linke vergrössert, weich. Sehnenreflex von normaler Stärke. Tremor der Zunge und der Hände. Sprache oft schlecht artikuliert. Beide Pupillen eng, linke etwas weiter als die rechte, reagieren träge. Linke Nasolabialfalte etwas verstrichen.

† 10. XI. 91.

L.

J. M.-N., 44 Jahre alt, verheiratet, Landarbeiter. Eltern geistig gesund. Ein Bruder des Vaters von Geburt an geistig schwach.

War als Kind kräftig, entwickelte sich normal. Machte 1870 den Krieg mit. Trank immer viel Wein und Bier und galt als notorischer Trinker. 2 Kinder leben und sind gesund, eins starb 3 Wochen alt. Seit 6 Monaten wurde er geschwätziger, kauflustig, hielt sich für sehr reich.

Eintritt 10. III. 91. Linke Pupille weiter als die rechte, reagiert träge auf Licht. Leichter Tremor der Zunge und geringe fibrilläre Zuckungen. Patellarreflex eher erhöht. Kein Rombergsches Phänomen. Sprache und Gang bieten nichts Abnormes. Heiter gestimmt, geistig schwach.

Am 5. VIII. 91 nach Hause genommen, gebessert — versuchsweise.

LI.

H. V., 46 Jahre alt, Commis, ledig. Über hereditäre Verhältnisse ist nichts bekannt.

Er war nie Trinker und beging keine Excesse in Venere. Körperliche und besonders Sexualerkrankungen habe er nie durchgemacht. Er war bereits 3 Jahre in einer andern Anstalt, bevor er uns zugeführt wurde.

Eintritt 19. II. 91. Ziemlich kräftiger, mittelgrosser Mann. Am rechten Oberschenkel auf der Innerseite eine tiefe, eingezogene Narbe, und er schleppt beim Gehen dieses Bein etwas nach. Pupillen gleich gross, reagieren auf Licht träge. Patellarreflexe am linken Beine etwas erhöht, auf dem rechten schwach. Linke Nasolabialfalte abgeflacht. Patient ist ganz dement.

24. V. Patellarreflexe beiderseits vorhanden, normal.

Exitus 23. VII. 91.

LII.

C. B., 37 Jahre alt, Fuhrmann, verheiratet. Eltern sind in geistiger Beziehung gesund gewesen.

War in der Jugend nie krank. Vor 5 Jahren traf ihn die Kurbel einer Winde an das rechte Stirnbein und musste bewusstlos ins Spital gebracht werden. Er lag 4 Tage bewusstlos im Spital und wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen. War wieder ganz arbeitsfähig und klagte nie über besondere Schmerzen. Seit zwei Jahren verheiratet, keine Kinder. Vor einem Jahre machte er Influenza durch. Bald darauf kam er einmal heim und klagte, es sei ihm unterwegs unwohl geworden und habe Mühe gehabt zu sprechen. Seit dieser Zeit ist die Sprache nie mehr ganz gut geworden. Arme und Beine begannen leicht zu zittern, und er wurde unreinlich.

Am 9. I. 91 Eintritt in die Anstalt. Nicht grosser, aber breiter, untersetzter Mann. Gesichtsausdruck stupid. Auf der Haut des rechten Unterschenkels einige nicht tief gehende Narben. An der rechten Schläfe ein Zweifrankenstück grosse Einsenkung; darüber normale Haut; dieselbe ist nicht verwachsen mit der Unterlage. Linke Pupille ist weiter als die rechte. Beide reagieren nicht auf Lichteinfall. Patellarreflexe vorhanden. Sensibilität nicht herabgesetzt.

† 29. VII. 91.

LIII.

Ch. Sch., 42 Jahre alt, Insasse einer Arbeitsanstalt, verheiratet. Über hereditäre Verhältnisse ist nichts heraus zu bringen.

Er hatte früher ein Heimwesen, wirtschaftete aber schlecht und musste es verlassen. Er führte dann ein herumvagierendes Leben, ob er in Alkohol excedierte, wird nicht angegeben. Er hat eine Frau und 3 gesunde Kinder. Die ersten Spuren seiner Geistesstörung traten vor einem Jahre auf.

Am 22. V. 94 wurde er polizeilich aus dem Arbeitshaus in die Anstalt gebracht. Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann. Rechte Pupille kleiner als die linke, reagieren schlecht auf Lichtreiz. Linker Facialis schlechter innerviert als der rechte. Zunge wird gerade herausgestreckt, ohne Tremor. Bauch-, Kremaster und Fusssohlenreflexe in Ordnung. Patellarreflexe können nicht geprüft werden, weil Patient sich wehrt. Giebt keine rechte Antwort, schwätzt sinnlos.

14. VI. Rechte Pupille weiter als die linke, reagiert wenig auf Licht, die linke fast gar nicht.

25. VI. Patellarsehnenreflexe erhalten.

5. X. Patellarsehnenreflexe erhalten, aber schwach.

6. X. 94 Exitus.

LIV.

G. E. verheiratet, 39 Jahre alt, Braumeister. Über hereditäre Verhältnisse ist nichts bekannt.

War körperlich immer kräftig und von guten Anlagen. Während des Militärdienstes soll er einen Typhus durchgemacht haben. Arbeitete streng, entbehrte viel des nächtlichen Schlafes. Vor 5 Jahren Heirat. Hat 2 Kinder, eines starb an Krupp, das andere gesund. Er trank seit Jahren übermässig viel; excedierte nicht in geschlechtlicher Beziehung. Keine Geschlechtskrankheit durchgemacht. Vor 6 Monaten wurde er zerstreut, vergesslich und sehr reizbar. Bedrohte seine Untergebenen mit dem Revolver.

31. VIII. 93 Eintritt. Sehr grosser, kräftiger Mann. Einige geschwellte Leistendrüsen. Reflexe an Bauchdecken und Fusssohlen lebhaft, an den Kremastern wenig stark. Patellarphänomen links schwach, rechts lebhaft. Pupillen gleich, ziemlich eng, reagieren sehr mangelhaft auf Licht. Facialisdifferenz nicht auffällig. Zunge zittert wenig an der Spitze. Silbenstolpern. Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen.

9. XI. Linke Pupille grösser als die rechte, beide ziemlich starr, reagieren nur wenig auf Licht und Akkommodation. Facialisdifferenz deutlich. Links geringere Innervation als rechts. Patellarreflex vorhanden.

14. III. 94. Rechtes Patellarphänomen stärker als links.

Austritt 29. VII. 94. Wird von seiner Frau abgeholt in geistig sehr geschwächtem und körperlich reduziertem Zustande.

LV.

A. Fl.-K., Hausfrau, 40 Jahre alt. Mutter starb 63 Jahre alt an Auszehrung, sie hatte ein aufgeregtes Wesen. Vater starb 58 Jahre alt an unbekannter Krankheit. Von 6 Geschwistern starben 3 in den 20er Lebensjahren an Phthise. 3 lebende sollen gesund sein.

Patientin war früher immer gesund. Vor 10 Jahren Heirat und glückliche Ehe. Hat 2 mal geboren. Vor 2 Jahren starb der Mann und war damals sehr aufgeregt. Sie wurde bald darauf von einem andern geschwängert, der sie im Stiche liess. Vor 3/4 Jahren Geburt. Schon gegen das Ende der Schwangerschaft psychisch gestört, wurde ängstlich und wollte immer fort. Schlief wenig, rannte öfters auf die Strasse und machte Feuerlärm. Klagte über Stimmenhören.

Wird am 11. IV. 93 in die Anstalt gebracht. Ist eine grosse, gut genährte Person. Blick und Physiognomie schlaff und müde. Auf Lunge und Herz nichts Abnormes. Zunge zittert in toto, keine fibrillären Zuckungen. Sprache langgezogeu, öfters stolpernd, dabei Zuckungen um den linken Mundwinkel. Pupillen eng, etwas träge reagierend, linke grösser als rechte. Patellarphänomene träge. Im Urin kein Eiweis. In ihren Angaben ist Patientin etwas verworren, dabei schwer besinnlich. Ihr Urteil ist geschwächt über ihre Verhältnisse und ihre Lage, ihre Umgebung kritiklos.

Im Verlaufe zeigt sich eine allmähliche Steigerung der geistigen Schwäche. Am 3. X. zeigt sich das rechte Bein völlig gelähmt, ebenso der rechte Arm. Die Lähmung hat den Charakter einer schlaffen. Facialis nicht deutlich beteiligt. Plantarreflexe rechts schwach, links sehr stark.

Sensibilität in der ganzen rechten Körperhälfte abgestumpft. Sensorium stark benommen. Nach etwa 3 Wochen verschwinden diese Lähmungserscheinungen wieder und hat körperlich sogar etwas zugenommen.

Wird am 1. IV. 95 nach der heimatlichen Anstalt transferiert. Rechte Pupille etwas grösser als die linke, Lichtreaktion sehr träge auf beiden Seiten. Akkommodative gut erhalten. Kniephänomene beiderseits gesteigert. Keine erheblichen Sensibilitätsstörungen. Psychisch viel gereizt, durch Gehörshallucinationen aufgebracht, namentlich in prämenstrueller Zeit.

LVI.

B. St., Näherin, 53 Jahre alt. Über ihre hereditären Verhältnisse ist nichts bekannt. Sie wurde vom Spital M. wegen chronischer Manie am 23. I. 94 in die Anstalt gebracht.

Status präsens. Sie muss auf die Abteilung getragen werden, da sie nicht auf den Beinen steht. Schwatzt alles durcheinander, ist völlig desorientiert über Zeit, Ort und alle umgebenden Verhältnisse. Giebt auf Fragen völlig unpassende Antworten, fuchtelt viel mit den Armen herum. Sie hat ein blasses, gelbliches Aussehen, einen suchenden, fragenden Blick. Pupillen sind eng, die linke etwas grösser als die rechte, reagieren fast gar nicht auf Lichteinfall. Tremor universal. der Zunge. Facialis gleich innerviert beiderseits, tiefe Nasolabialfurchen. Herztöne rein, Puls 100—110. Leib sehr stark aufgetrieben, giebt dumpf tympanitischen Schall. Der Körper zeigt eine gute Ernährung und reichliche Fettbildung. Kniephänomene können nicht untersucht werden. Plantarreflexe lebhaft.

Am 3. II. 94 stirbt sie an Peumonie und Pleuritis.

LVII.

L. Dr., Magd, 46 Jahre alt. Über ihr Vorleben ist nichts bekannt. Am 4. VII. 93 wird sie von der Polizei der Anstalt zugeführt; war seit 8 Tagen im Gefängnisse, wo sie gebrüllt und gebissen habe.

Bei der Aufnahme ist sie unklar über Ort und Zeit, ist gehobener Stimmung; Sprache ist langgezogen, stockend. Ist unreinlich. Von Gestalt klein, stark vorspringende Tubera frontalis. Gesichtsfarbe blass. Ausdruck blöd, erotisch. Lunge und Herzen bieten perkutorisch und auskultatorisch nichts Besonderes. Patellarphänomene verstärkt. Pupillen klein, von etwa Stecknadelkopfgrösse, reagieren auf Licht und Akkommodation sehr wenig. Linke eine Spur weiter als die rechte. Nasolabialfurchen gleich, aber flach. Zunge zittert in toto beim Herausstrecken. An der Spitze sind fibrilläre Zuckungen. Mundwinkel zittern beim Sprechen und bei Erregung. Alle Bewegungen haben etwas langsames, zittriges. Gang bedächtig, zittrig. Brach-Romberg'sches Phänomen vorhanden. Im Urin weder Eiweis noch Zucker.

Wird am 1. IV. 95 nach der heimatlichen Anstalt verbracht. Kniephänomene damals beiderseits sehr erhöht. Pupillen beide myotisch, träge reagierend. Linke Nasolabialfalte grösser als rechts. Zungentremor. Kein Ulnarissymptom, keine deutlichen Sensibilitätsstörungen.

Befindet sich noch in der Anstalt.

LVIII.

C. Ph., verheiratet, 54 Jahre alt, Apotheker und Dr. phil. Vater starb an einem Herzschlage, Todesursache der Mutter ist unbekannt. Ein Bruder starb an Phthise, ein anderer ist epileptisch.

Soll früher immer gesund gewesen sein. Keine Geschlechtskrankheiten durchgemacht. Vor 26 Jahren Verheiratung. Vor 6 Monaten fiel seinen Angehörigen eine starke, nervöse Aufregung auf bei Anlass der Verheiratung seiner einzigen Tochter. Damals soll er auch einen Ohnmachtsanfall gehabt haben. Gegenüber seinen Angehörigen wurde er immer unfreundlicher und drohte ihnen. Machte zwecklose Reisen und grosse Einkäufe von ganz unnützen Dingen.

Am 7. III. 96 Aufnahme in die Anstalt. Grosser, kräftig gebauter Mann. Pupillen eng, rechts bessere Reaktion als links.

Bewegungen der Augen gut. Facialisinnervation links geringer als rechts. Patellarsehnenreflex aufgehoben. Zunge wird gerade herausgestreckt ohne Tremor. Blühender Grössenwahn. Keine Sprachstörungen.

Am 30. VI. wird er in die heimatliche Anstalt transferiert. Pupillen sind sehr eng, reagieren nicht. Links hochgradige Facialis parese.

LIX.

J. B.-A., verwittwet, 54 Jahre alt, Bildhauer. Wird polizeilich in die Anstalt gebracht, weil er Zweifel an seiner Geistesgesundheit aufkommen liess.

23. VII. 94 Eintritt in die Anstalt. Er ist mager, mittelgross; starre, ängstliche Miene. Bauchreflex schwach, Kremasterreflex links viel stärker als rechts. Plantarreflex von mässiger Stärke. Patellarphänomene rechts schwach, links ziemlich lebhaft. Rombergsches Symptom deutlich. Linke Pupille mittelweit, rechts myotisch, beide fast starr. Silbenstolpern, Gang spastisch-paretisch mit etwas stärkerem

Ergriffensein des linken Beines. Tremor digitor. et linguae. Drängt in läppisch schwachsinniger Weise fort.

25. VIII. 94. Von der Polizei wieder abgeholt.

LX.

E. S., 40 Jahre alt, verheiratet. Vater geisteskrank, war ein starker Trinker und starb durch Suicidium. In den 3 frühern Generationen väterlicherseits sollen ebenfalls Geistesstörungen vorgekommen sein.

Heiratete im 24. Jahre. Als die Frau zum zweiten Male schwanger war, hatte er einen Ausfluss aus den Geschlechtsteilen; er verkehrte ausser der Ehe viel mit andern Frauenzimmern. Er soll immer morgens nüchtern Schnaps getrunken haben. War mit der Frau meist grob und bös. Am Tage trank er viel Bier. Hatte schon viele Jahre Magenbeschwerden, Vornitus matut. In den letzten 2 Jahren steigerte sich noch die gereizte Stimmung. Vor etwa 4 Wochen fiel der Frau eine gewisse Vergesslichkeit auf. Er sagte öfters dasselbe. Begann über Kopfweh und Frieren zu klagen. Vor 14 Tagen trat Doppeltsehen auf. Vor 3 Tagen grosse Schwäche in den Beinen und begann allerlei durcheinander zu sprechen.

Am 4. VIII. 95 Eintritt in die Anstalt. Beiderseits totale Ptosis, kann spontan die beiden Lider nur wenige Millimeter voneinander entfernen. Pupillen trotz der Ptosis maximal verengert und starr. Augenbewegungen intakt. Gesichtsfacialis gleich innerviert. Patellarreflexe nicht auszulösen. Kremaster- und Bauchreflexe erhalten. Fusssohlenreflex vorhanden. Bei Prüfung der Sensibilität ergiebt sich nur bei tiefen Nadelstichen eine Schmerzreaktion. Keine ataktischen Erscheinungen. Hochgradige Benommenheit. Pupillen erweitern sich nur schwer auf Licht.

Exitus 11. VIII. 95.

LXI.

G. R., verheiratet, 41 Jahre alt, Maurer. Eltern leben noch und sind gesund. In der Familie sind keine Geisteskrankheiten vorgekommen bis jetzt.

War immer still und zurückgezogen, in der Schule ein guter Schüler. War als Maurer in verschiedenen Städten Frankreichs thätig und ein geschätzter und solider Arbeiter. Hatte einen Ausfluss aus der Harnröhre vor 6 Jahren. Heiratete vor 3 1/2 Jahren; der Ehe entsprossten keine Kinder. Nahm in den letzten Jahren alle Morgen einen Schnaps, sonst mässig. Wurde vor $2^1/_2$ Jahren mehrere Monate arbeitsunfähig und wegen eines nervösen Leidens behandelt, und arbeitete darauf wieder, aber unregelmässig. Er litt zu dieser Zeit viel an Schwindelerscheinungen und an Krämpfen in den Armen. Seit 1 1/2 Jahren klagte er viel über Geräusch in den Ohren. Seit einem Jahre Abmagerung, wurde vergesslich, sprach und schrieb unordentlich. Seit dem Dezember 1894 ist er arbeitsunfähig, schläft schlechter. Wurde still und gleichgültig.

Am 18. V. 95 Eintritt. Heruntergekommener Ernährungszustand, geringe Muskulatur. Gleichgültige apathische Gesichtszüge. Blick leer, linke Pupille weiter als die rechte. Rechte maximal verengert. Die linke reagiert schwach und langsam auf Lichtreiz und Akkommodation. Augenbewegungen nicht eingeschränkt. Linke Gesichtshälfte besser innerviert als die rechte. Zunge wird gerade herausgestreckt, keine fibrillären Zuckungen an der Spitze, jedoch deutlicher Tremor der seitlichen Partien. Bauchreflexe fehlen. Rechter Kremasterreflex deutlich. Linker fehlt. Patellarsehnenreflex fehlt beiderseits. Fusssohlenreflex beiderseits schwach. Auf dem Dorsum penis, hinter der Glans, eine rundliche, glänzende,

nicht eingezogene Narbe. Inguinaldrüsen etwas vergrössert, hart. Exitus, 26. VIII. 95.

LXII.

P. O.-Q., verheiratet, 37 Jahre alt, Uhrenmacher. Seine Mutter und 2 Onkel mütterlicherseits irrsinnig.

War ein nüchterner Arbeiter, aber immer etwas reizbar. Hat Gonorrhoe durchgemacht. Seit 16 Jahren verheiratet. Kinder sollen gesund sein. Seit 6 Monaten hat er Gesichts- und Gehörhallucinationen, unsinnige Ideen, Grössen- und Verfolgungswahn. Von Zeit zu Zeit Tobsuchtsanfälle mit Gewaltthaten gegen seine Frau und Kinder.

Am 19. VI. 94 Eintritt in die Anstalt. Ist ein grosser kräftiger Mann, Bauch-, Kremaster- und Plantarreflex, sowie Patellarphänomene vorhanden, ohne deutliche Differenz zwischen beiden Seiten. Rombergsches Symptom nicht ausgesprochen. Kein Tremor. Pupillen unter mittelweit, rechte etwas enger, weniger reagierend als links. Rechter Facialis anscheinend schwächer innerviert als links. Giebt ordentlich Auskunft. Während des Sprechens viel Zuckungen im Gesicht. Keine Sprachstörung.

27. VI. Rechter Facialis deutlich schwächer innerviert als links.

29. X. Rechte Pupille ziemlich weiter als links, letztere mittelweit.

Wird am 29. III. 95 in die heimatliche Anstalt überführt in ungefähr gleichem Zustande wie am Anfang.

LXIII.

A. M.-L., verheiratet, Commis, 38 Jahre alt. Vater starb an Gicht. Mutter an Schwindsucht. Über Geisteskrankheit ist in der Familie nichts bekannt.

War ein sehr aufgeweckter Knabe, lernte leicht, las gerne in Büchern, besuchte die Schule des Heimatsortes und das Lyceum. Wurde nachher Soldat und diente 5 Jahre lang bei der Artillerie und wurde Korporal. Machte zweimal Tripper durch und einmal eine Hodenentzündung. Er lebte immer auf grossem Fusse. Nach der Militärzeit trat er in ein Geschäft ein, war ein zuverlässiger, fleissiger Arbeiter. Er galt bei seinen Kameraden als eigensinnig und starrköpfig. Er litt häufig an Rheumatismus, schwitzte viel und stark, litt weniger Kopfweh. Vor 3 Jahren Verheiratung, lebte gut mit seiner Frau. Hatte 2 Kinder, von denen das zweite sehr schwächlich war und 6 Monate alt starb. Im August 1894 erkrankte er an schweren Gelenkrheumatismen: sämtliche Gelenke waren geschwellt, konnte auch den Kopf nicht mehr bewegen. Hatte hochgradige Schmerzen und soll auch jetzt noch nicht völlig geheilt sein. Vor 2 Monaten ging er nach Hause an das Sterbebett seines Vaters. Hier fiel seinen Angehörigen seine grosse Apathie und Gleichgültigkeit auf; er lachte seinen Vater aus, als er vom Sterben sprach, und als die ganze Familie um den Sterbenden versammelt war, fing er plötzlich ein lustiges Lied zu pfeifen an. Er machte hierauf Schulden, auf seine zukünftige Erbschaft sich stützend. Er kaufte ganze Mengen goldene Uhren, Ketten, und sobald er es hatte, beachtete er es nicht mehr. Er hatte häufig einen roten Kopf und wurde aufgeregt.

Am 4. V. 95 erfolgte der Eintritt. Grosser, schlank gewachsener, blasser Mann, mässiger Ernährungszustand. Linke Pupille weiter als rechte. Licht- und Akkommodationsreaktion der linken schwächer als der rechten. Auch die rechte reagiert etwas träge. Klonische Zuckungen der linken Gesichtshälfte. Linker Facialis besser innerviert als rechts.

Zunge allgemeiner Tremor, keine fibrilläre Zuckungen an der Spitze. Sprache monoton, gedehnt, schleppend, hie und da anstossend. Beim Sprechen werden zuweilen klonische Zuckungen der Lippen beobachtet. Auf der Dorsalfläche der Glans eine eingezogene Narbe. (Patient giebt an, dass er sich während der Militärzeit syphilitisch infiziert habe.) Leistendrüsen nicht fühlbar. Bauch-, Kremaster- und Fusssohlenreflex beiderseits vorhanden, gleich stark. Patellarsehnenreflex beiderseits fehlend. Gang breitspurig.

20. IX. 95 ungebessert in die eigene Familie entlassen.

LXIV.

A. H., verheiratet, 44 Jahre alt, Krankenwärter. Nichts von erblicher Belastung bekannt.

Entwicklung gut in körperlicher und geistiger Beziehung. War zuerst in fremden Militärdiensten; in die Heimat zurückgekehrt, war er Wärter in einer Irrenanstalt. Heiratete mit 19 Jahren. War nachher successive Polizist, Instruktionsoffizier, Wirt, Privatkrankenwärter. Der Ehe entsprossten 3 gesunde Kinder. Vor 5 Jahren liess er sich von der Frau scheiden wegen Untreue und verheiratete sich wieder, welcher Ehe keine Kinder mehr entsprossten. Im Alter von 21 Jahren überstand er Gonorrhöe, wurde dagegen innerlich und mit Einreibungen behandelt. Im letzten Februar war er oft in starker Aufregung, prügelte die Kinder durch, hatte am folgenden Tage einen Anfall: Gefühl, als ob der Magen geplatzt sei, ganz ohne Trübung des Bewusstseins. Er fürchtete selber, er bekomme noch Gehirnerweichung und verlangte in die Anstalt. In den letzten 2 Monaten trank er täglich 2 Flaschen Wein und hatte darnach oft Kopfweh. Hatte in der letzten Zeit das Gefühl in den Füssen, als ob kein Leben mehr darin sei.

14. III. 93 Eintritt in die Anstalt. Grosser, starker Mann mit reichlichem Panniculus. Rechte Konjunktiva etwas mehr gerötet als die linke. Leichtgradige Ptosis rechtsseits. Mundwinkel gleich. Pupillen ohne wesentliche Differenz, reagieren auf Lichtreiz schwach. Zunge wird gerade herausgestreckt, kein Tremor. Patellarsehnenreflexe fehlen beiderseits, die übrigen Reflexe können ausgelöst werden. Keine Narben am penis. Schmerzempfindung stark herabgesetzt, besonders am Unterschenkel.

Am 19. V. 93 ungebessert nach Hause entlassen.

Wurde am 23. IV. 94 zum zweitenmale aufgenommen. Hatte zu Hause Kopfschmerzen, schiessende Schmerzen im linken Bein, war wegen jeder Kleinigkeit aufgeregt, äusserte Vergiftungswahn, drohte seinen Angehörigen. Bei der Aufnahme etwas über stecknadelkopfgrosse Pupillen, auf Lichtreiz und Akkomodation vollkommen starr. Patellarphänomene fehlen vollständig. Gang sicher. Kein Rombergsches Symptom.

Am 5. I. 96 wird er in die heimatliche Anstalt überführt. Linke Pupille ist enger als die rechte, rechts scheint sie ein wenig zu reagieren. Linker Facialis besser innerviert als der rechte.

LXV.

J. Fl.-M., 42 Jahre alt, Wirt. Vater gestorben, war ein lustiger Mann. Mutter starb an Magenkrebs. 2 Schwestern sind gesund. Von Geistes- und Nervenkrankheiten ist in der Familie nichts bekannt.

Er besuchte nach Absolvierung der Primarschule das Gymnasium und studierte einige Semester an der Universität Jurisprudenz. Brachte es aber nie zu einem Examen. Trank sehr viel. Während der Studienzeit stach ihn eine giftige

Fliege ins linke Auge, worauf er die Sehkraft verlor. Er arbeitete nachher auf dem Lande und betrieb seit seiner Verheiratung im 32. Jahre auch eine Wirtschaft. Er trank viel Schnaps. Er hat 5 lebende gesunde Kinder. Im Jahre der Verheiratung fiel er von einem Baume herunter auf den Kopf, soll nicht bewusstlos gewesen sein. Die jetzige Krankheit begann im Herbst letzten Jahres. Er hatte öfters ein grosses Schwächegefühl in den Armen. Stimmung war oft eine gedrückte. Äusserte Vergiftungsideen, lief oft in die Küche, um seine Frau zu kontrollieren. Etwa dreimal verlor er einige Stunden lang total die Sprache vor etwa drei Monaten, kannte seine Umgebung nicht mehr. Seit einigen Wochen äussert er Grössenwahn.

Am 13. VI. 95 erfolgte der Eintritt in die Anstalt. Ist ein kräftig gebauter, gut genährter Mensch. Auf dem Scheitel eine zweifrankenstückgrosse, mit der Unterlage verwachsene Narbe, cornea des linken Auges in eine Narbe verwandelt. Rechte Pupille eng, reagiert weder auf Lichtreiz, noch auf Akkommodation. Rechter Facialis weniger gut innerviert als der linke. Zunge zittert in toto. Leber überragt den Rippenbogen um 2 Finger. Bauchreflex fehlt. Fusssohlenreflex deutlich. Patellarsehnenreflex scheint gesteigert. Am hintern Teil der Glans penis eine weisse, glänzende Narbe. Sprache ist zögernd, verlangsamt, stösst öfters mit der Zunge an. Florider Grössenwahn.

Wird am 22. X. 95 entlassen, nachdem etwelche Remission eingetreten war.

LXVI.

J. B., 43 Jahre alt, Magazinier. Vater starb an Lungenphthise. Mutter an einem Blutsturz. Eine Tochter der Schwester des Vaters ist seit 2 Jahren störrisch.

In der Schule lernte er nicht gut, war ein wilder Bube. Verheiratete sich 23 Jahre alt. Arbeitete in einer chemischen Fabrik. Hatte 3 Kinder, eines starb 8 Wochen alt an „Gichtern". Die 2 andern leben und sind gesund. Als 18jähriger Bursche litt er öfters an Blutspeien. In seinen jüngern Jahren hatte er viel getrunken, seit 3 Jahren aber, weil er nichts mehr vertragen kann, enthält er sich aller Getränke. Vor 2 Jahren wurde er, angeblich weil er zu viel zu arbeiten hatte, aufgeregt, war unzufrieden, räsonnierte und schimpfte viel. Am linken Arm stellten sich minutenlang dauernde Lähmungen ein, die in kürzern oder längern Zwischenräumen bis auf den heutigen Tag wiederkehrten. Manchmal begann auch das linke Bein zu zittern. Lippen und Zunge begannen oft zu zittern beim Sprechen, so dass er die Worte nicht aussprechen konnte. Er wurde vergesslich, hatte fixe Ideen, äusserte Selbstmordgedanken. Seit etwa einem Vierteljahr konnte er gar nicht mehr arbeiten.

Am 22. VII. 92 erfolgte die Aufnahme in die Anstalt. Ein kleiner, dicker Mann, Gesicht stark cyanotisch, Gesichtsausdruck blöd, staunend. Abdomen stark aufgetrieben. Pupillen eng, gleich, beide zeigen auf Lichteinfall nur geringe Exkursionen, rechte fast ganz starr, linke reagiert etwas besser. Rechte Nasolabialfalte deutlich länger und seichter als links. Zunge zittert beim Herausstrecken in toto, ist etwas belegt. Patellarphänomene beiderseits erhöht. Innerer und äusserer Bauchreflex fehlt links und rechts. Kremasterreflex links fehlend, rechts gering. Fusssohlenreflex links stärker als rechts. Gang schwerfällig, breitspurig, ataktisch. Kann kaum seinen Namen angeben, ein blödes Lächeln schwebt stets auf seinen Lippen.

19. VIII. Hat leichte Anfälle von Bewusstlosigkeit, keine Zuckungen. Keine Lähmungen nachher.

1. XI. Im Anschluss an einen Anfall von gestern erweist sich die rechte Pupille weiter als die linke, die rechte Körperhälfte ist schlaffer als die linke.

2. XI. Fusssohlenreflex vorhanden.

24. II. 94. Reflexe rechts geringer als links.

29. VII. 94. Während eines Anfalles Pupillen mittelweit, reaktionslos. Wegen Spasmus die Kniephänomene nicht zu erhalten.

† 12. XI. 95.

LXVII.

A. E., 35 Jahre alt, Archäolog. Vater starb an einer Nierenkrankheit, war geistig gesund. Mutter lebt noch und ist gesund. Eine Schwester der Mutter war längere Zeit wegen Geisteskrankheit in einer Anstalt. Eine andere Schwester der Mutter sei kurze Zeit während eines Puerperiums geisteskrank gewesen.

Patient war sehr begabt, reiste viel und studierte Archäologie. War in Athen, Rom. Im Militärdienst 1875 wurde er durch einen Fleuretstich an der linken Orbita verletzt. Lag über 4 Monate im Spital. Seit jener Zeit war er stets etwas verändert, mied die Gesellschaft, hatte eigentümliche Ideen, versuchte aber immer noch zu arbeiten. Seit 2—3 Jahren ist die Störung stärker geworden und ist stark gereizt, auch geschlechtlich, der Schlaf ist schlecht. Er ass sehr viel in der letzten Zeit und trank auch. Seit einiger Zeit hatte er Zuckungen im Gesicht. Er bekam Grössenwahnideen.

Am 29. VI. 90 trat er in die Anstalt ein. Er ist ein grosser, gut gebauter Mann; Leberdämpfung überragt den Rippenbogen um 3—4 Finger breit. Über Herz und Lunge

keine Besonderheiten. Kein Hautausschlag, keine Kubital- und Nuchaldrüsen. Patellarreflexe beiderseits erhöht. Links mehr wie rechts. Das Gesicht ist maskenartig, schlaff, gedunsen. Beide Facialis paretisch, der linke stärker als der rechte. Leichte Ptosis des linken Augenlides und leichter Strabismus convergens des linken Auges. Patient sieht viel älter aus als er ist. Gang ist langsam, aber sicher. Sprache weist ausser Anstossen keine Störung auf. Zunge zeigt fibrilläre Zuckungen. Leichter Tremor der Finger. Linke Pupille weiter als die rechte, beide reagieren auf Licht, die linke etwas langsamer. Über sein Leben weiss er nicht mehr genau Auskunft zu geben, giebt nie genaue Daten an. Beim Schreiben macht er auffallende Orthographiefehler, vergass auch einmal auf einer Adresse den Ort anzugeben. Stimmung ist stets deprimiert. Facialparese nahm im weitern Verlaufe zu; geistige Fähigkeiten zeigten eine rasche Abnahme.

Trat am 13. VII. 90 aus der Anstalt aus.

LXVIII.

A. Sch., 27 Jahre alt, Kutscher, ledig. Vater trinkt zeitweise sehr viel. Mutter starb an Auszehrung.

War stets ein gutmütiger Mensch, dem man alles aufbinden konnte, konnte leicht jähzornig werden. Vor 5 Jahren fiel er beim Verlassen des Eisenbahnwagens herunter und renkte sich die Schulter aus und war deshalb längere Zeit im Spital zu Liestal. Seither ist Patient verändert, spricht langsamer und undeutlicher, hat immer viel Pläne, will heiraten, jeden Tag eine andere. Wechselte öfters die Stelle, während er früher lange Zeit an der gleichen Stelle aushielt. Vor etwa 2 Jahren bemerkte man an ihm, dass er auffallend viel schlief, auch am Tage und wenn er fahren

sollte, so dass er deshalb aus der Stelle entlassen wurde. In der letzten Zeit verkaufte er seine Kleider um ein Spottgeld und lebte auf hohem Fuss.

Am 10. IV. 96 Eintritt in die Anstalt. Unruhiger Kranker, leicht verwirrt, unlogischer Gedankengang. Erhöhtes Selbstgefühl auf Grundlage von Lustgefühlen. Grössenideen; Erinnerungsdefekt für die jüngste Vergangenheit. Linke Pupille weiter als die rechte. Keine deutliche Differenz der Lichtreaktion. Beim Schliessen der Augen Tremor der obern Augenlider. Linker Facialis besser innerviert als der rechte. Zunge wird gerade herausgestreckt, deutliche fibrilläre Zuckungen der Spitze. Rechtes Gaumensegel steht tiefer als links. Monotone Sprache, deutliches Silbenstolpern. Patellarsehnenreflex und Fusssohlenreflex gesteigert. Bauch- und Kremasterreflex deutlich.

Austritt am 1. V. 96.

LXIX.

H. A., 51 Jahre alt, verheiratet, Kaufmann. Ein Bruder ist jähzornig und oft aufgeregt. Vater an Magenkrebs gestorben; Mutter an einer unbekannten Krankheit.

Sei schon in der Jugend jähzornig und aufbrausend gewesen; habe aber seine Heftigkeit bald wieder bereut und sei im Grunde gutmütig und so rührsam gewesen, dass er oft im Theater oder beim Lesen eines Buches die Thränen nicht zurückhalten konnte. Im Alter von 20 Jahren machte er einen Typhus durch. Seine Lebensweise war sehr mässig. Seit etwa 7—8 Jahren war er sehr aufgeregt, seine sonst langsame Sprache wurde dann hastig. Vor 4 Jahren fiel er eine Treppe herunter; trug eine Kopfwunde davon und war bewusstlos, wie man zu ihm kam. Ob er nun in einem Schlaganfall gefallen war, oder ob er durch Sturz bewusstlos

wurde, ist ungewiss. Auf einer Seite war er nachher noch kurze Zeit gelähmt. Ein Jahr später wiederholte sich der Anfall. Seit 1½ Jahren fiel es auf, dass er bei Gesprächen gewöhnlich den letzten Satz wiederholte. Trotz zunehmender geistiger Schwäche verwaltete er sein Vermögen gut. Doch machte er seit einiger Zeit allerhand Pläne, er wollte eine grosse Villa kaufen, er sei ein reicher Herr u. s. w.

Eintritt am 11. VI. 93. Mittelgrosser, gut genährter Mann. Kremasterreflex herabgesetzt, rechts mehr als links. Patellarphänomene beiderseits gleich, mässig verringert. Fusssohlenreflexe beiderseits gut erhalten. Keine auffällige Differenz im Facialis. Pupillen sind etwas verengert, reagieren wenig ausgiebig. Deutlicher Strabismus divergens. Linkes Auge ist abgelenkt. Sprache stark gestört, langsam, oft lallend, zitternd. Starker allgemeiner Tremor des ganzen Körpers.

Am 3. X. ungebessert in die eigene Familie entlassen.

Exitus am 17. II. 95.

LXX.

A. B., 47 Jahre alt, Seidenfärber und nachher Wirt. Eltern starben früh.

Er musste immer schwere Arbeit verrichten, war aber ein sparsamer und thätiger Arbeiter. Vor 17 Jahren verheiratete er sich mit einer Wittwe mit 5 Kindern. Er hatte viele Mühe dieselben zu nähren. Sein einziges Kind (jetzt 16 Jahre alt) war nie ernstlich krank. Seitdem er Wirt war, begann er sehr zu trinken, besonders Schnaps. Seit einem halben Jahre ist er sehr händelsüchtig. Vor 10 Wochen stürzte er die Kellerstiege hinunter und wurde bewusstlos aufgehoben. Vor 14 Tagen wurde er während eines Spazierganges von einer solchen Schwäche befallen, dass er 2 Stunden

liegen bleiben musste. Vor 5 Tagen fiel er plötzlich mit Zuckungen rücklings aus auf das Hinterhaupt und war nachher längere Zeit benommen und konnte längere Zeit vor Steifigkeit keine Bewegungen mehr machen.

Eintritt am 4. VII. 92. Er ist ein grosser, sehr unbehülflicher Mann mit ängstlich irrender Physiognomie. Gesichtsfacialis beiderseits paretisch. Pupillen gleichweit, reagieren auf Akkommodation gar nicht, auf Licht wenig. Beim Blick nach links tritt mitunter lebhafter horizontaler Nystagmus auf. Bauch- und Kremasterreflexe vorhanden. Fusssohlenreflex links lebhafter als rechts. Kein Tremor der Zunge. Patellarphänomene links gesteigert, rechts abgeschwächt.

Am 25. X. Patellarsehnenreflex rechts ganz aufgehoben, links stark herabgesetzt.

Austritt am 3. II. 93 und Überführung in die heimatliche Anstalt, wo er starb.

LXXI.

A. M., verheiratet, 39 Jahre alt, Zahnarzt. Vater starb an einem Schlagflusse. Es waren 16 Geschwister, wovon nur noch Patient und 4 Schwestern leben. Todesursache der übrigen ist nicht bekannt.

War von guten Anlagen, machte in der Jugend nie besondere Krankheiten durch. Vor 11 Jahren liess er sich von seiner Frau scheiden. Er hatte 2 Kinder, eines starb 6 Monate alt, das andere ist gesund. Soll einen Tripper durchgemacht haben laut eigener Angabe. Vor 8 Jahren verheiratete er sich wiederum; die zweite Ehe blieb ohne Kinder. Patient war immer ein aufgeregter, leicht reizbarer Mann. Vor 2 Jahren glitt er auf der Treppe aus und erlitt

eine Unterschenkelfraktur, welche gut ausheilte. Seit zwei Monaten schlief er schlecht und trank ziemlich Wein. Zwei Tage vor der Aufnahme verreiste er plötzlich in einer starken Aufregung und wurde von der Polizei aufgegriffen und in die Anstalt gebracht.

25. III. 93 Eintritt. Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann. Pupillen gleich weit, reagieren gleich gut. Linke Gesichtshälfte schlaffer als die rechte. Zunge kein Tremor. Patellarreflexe gesteigert. Hat Vergiftungsideen.

Wird am 6. VI. 93 in die heimatliche Anstalt gebracht, wo er am 9. X. 93 stirbt.

LXXII.

B. St., 52 Jahre alt, Civilingenieur, verheiratet. Über die Eltern ist nichts bekannt.

Seit 15 Jahren verheiratet. Die Ehe soll eine sehr unglückliche gewesen sein. Ein Sohn lebt, hat das Maturitätsexamen bestanden und soll gesund sein. In den letzten Wochen (eine genauere Angabe existiert nicht) bedrohte er Frau und Sohn lebensgefährlich. Wirft der ersten vor, sie habe es mit andern, schloss sich in sein Zimmer ein und musste mit Gewalt in die Anstalt geführt werden.

Eintritt am 22. V. 91. Patient ist ein blasser, mittelgrosser magerer Mann. Am linken Auge hat er eine Linsentrübung. Sehschärfe ist herabgesetzt für Fingerzählen in der nächsten Nähe. Die Pupille des gesunden Auges ist eng, reagiert auf Licht träge. Patellarreflexe fehlen beiderseits. Zunge wird gerade herausgestrekt, zittert nicht. Es fällt eine grosse Selbstüberschätzung auf, rühmt alles, was er gethan hat. In der Sprache fällt Stottern und ein Wiederholen der Worte auf.

7. VII. Giebt an, dass er vor etwa 30 Jahren eine Lues acquiriert und Schmierkur durchgemacht habe.

Exitus, 12. I. 93.

Statistisches über 35 Fälle von Paralyse ohne Syphilis.

In 4 Fällen mangeln die Angaben. Heredität ist vorhanden in 17 Fällen oder in 48 %. Konstitutionelle Grundlage findet sich vor in 5 Fällen oder in 14%.

Unter den ätiologischen Momenten stehen die Traumen des Schädels oben an. Sie bestehen in Schädelbrüchen, Schädelverletzungen, Fall auf den Kopf und kommen vor in 9 Fällen oder in 29 %.

Trunksucht ist in 7 Fällen konstatiert oder in 22,5%.

In 3 Fällen oder in 8 % sexuelle Excesse.

In 3 Fällen oder in 8 % körperliche Strapazen.

In 3 Fällen Kummer und Nahrungssorgen.

In 4 Fällen wird nichts weiter als überstandener Tripper angegeben.

In einem Falle gingen Nieren- und Blasenkrankheiten voraus.

In einem Falle kann nichts eruiert werden, das sich als ätiologisches Moment verwenden liesse.

4 Fälle konnten wegen mangelnder Anamnese nicht in Betracht gezogen werden.

Die durchschschnittliche Dauer der Krankheit beträgt 3 Jahre, 6 Monate.

Das durchschnittliche Alter beim Beginn der Erkrankung beträgt 40 Jahre.

Patellarreflexe.

Das Patellarphänomen ist erhöht in 18 Fällen oder in 57,5 %. Aufgehoben ist dasselbe in 11 Fällen oder 33 %. Unverändert ist es in 4 Fällen oder 12 %.

Pupillen.

Dieselben sind different in 22 Fällen oder in 64 %.

Lichtreaktion fehlend oder träge in 28 Fällen oder 80 %.

Akkommodationsreaktion fehlend oder träge in 5 Fällen oder in 14 %.

Schlussbemerkungen.

Wenn wir die Fälle von Paralyse mit sicherer, diejenigen mit wahrscheinlicher und diejenigen ohne Lues miteinander vergleichen, so ergiebt sich folgendes:

	Paralyse		
	mit Lues	mit wahrscheinl. Lues	ohne Lues
	%	%	%
Patellarphänomen gesteigert	50	57	57
„ fehlend oder träge	30	20	33
„ normal	16	15	12
Pupillen ungleich	61	61	64
„ gleich	38	31	34
Lichtreaktion fehlend oder träge	77	78	80
Reaktion auf Licht erhalten	22	21	19
Akkommodationsreaktion fehlend oder träge	5	10	14
Heredität	50	57	48
Konstitutionelle Grundlage	28	15	14
Trunksucht	16	5	29
Kopftraumen	11	5	22
Körperliche Strapazen	5	5	8
Sexuelle Ausschweifung (Onanie)	5	5	8
Affekte	—	5	8

	Paralyse					
	mit Lues		mit wahrscheinl. Lues		ohne Lues	
	Jahre	Monate	Jahre	Monate	Jahre	Monate
Alter beim Ausbruche... ...	38	9	37	—	40	—
Dauer der Krankheit	3	5	2	8	3	6

In allen 3 Gruppen erweist sich das Patellarphänomen als gesteigert, und zwar in ungefähr der Hälfte der Fälle ist dasselbe erhöht. Das weitaus häufigste Symptom in allen Fällen ist die Starrheit der Pupillen auf Licht. Die Starrheit der Pupillen auf Akkommodation erweist sich als dreimal häufiger gestört bei Paralyse ohne Lues als bei Paralyse mit Lues, 14 % : 15 %; doch ist sie, absolut genommen, in beiden Gruppen ein seltenes Symptom.

Die Heredität ist in ungefähr der Hälfte der Fälle vorhanden. Die konstitutionelle Grundlage ist etwas seltener. Sie ist einmal häufiger bei Paralyse mit Lues als bei Paralyse ohne Lues, 28 % : 14 %.

Kopftraumen sind einmal häufiger bei Paralyse ohne Lues als bei Paralyse mit Lues, 22 % : 11 %. Ebenso verhält es sich mit der Trunksucht, 29 % : 16 %. Auch die andern ätiologischen Momente, wie sexuelle Excesse, Affekte, Strapazen, kommen bei Paralyse mit Lues nur zur Hälfte so häufig vor wie bei Paralyse ohne Lues.

Das Alter ist bei Paralyse ohne Lues grösser, es beträgt 40 Jahre, während es bei Paralyse mit sicherer Lues 38 Jahre 9 Monate beträgt. bei Paralyse mit wahrscheinlicher Lues beträgt es 37 Jahre, durchschnittlich bei allen Fällen 38 Jahre 11 Monate.

Die Dauer der Krankheit ist bei Paralyse mit Lues 3 Jahre 5 Monate, bei Paralyse ohne Lues 3 Jahre 6 Monate, bei Paralyse mit wahrscheinlicher Lues 2 Jahre 8 Monate;

durchschnittlich bei allen beträgt die Dauer 3 Jahre 3 Monate.

Aus dem Obigen geht hervor:

1. Das Patellarphänomen und Pupillen sind bei Paralyse mit und ohne Syphilis ungefähr in der gleichen Häufigkeit verändert; nur die Akkommodationsstarre kommt bei Paralyse ohne Syphilis cirka dreimal häufiger vor.

2. Heredität und konstitutionelle Grundlage kommen ebenfalls in beiden Kategorien in gleicher Häufigkeit vor.

3. Dagegen spielen Trunksucht und Trauma bei der Paralyse ohne Syphilis eine häufige Rolle und können als Ursache der Paralyse angesprochen werden.

4. Die vorhergegangene Syphilis begünstigt den Ausbruch der Paralyse in einem frühern Lebensalter.

5. Die Dauer nichtsyphilitischer Paralysen und diejenige der syphilitischen Paralysen ist annähernd die gleiche.

6. Heredität und konstitutionelle Grundlage spielen sowohl bei der syphilitischen als bei der nichtsyphilitischen Paralyse eine erhebliche Rolle.

7. Man ist nicht berechtigt, auf Grund dieser klinischen Untersuchungen die progressive Paralyse für eine spezifische Erkrankung des centralen Nervensystems zu halten.